

أثر برنامجِ إرشاد جمعي على خفض القلقِ والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع

إعـداد

أمل غالب "محمد علي" الخطيب

المشرف

الدكتورة جهاد محمود علاء الدين

أستاذ مُشارك

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في تخصص

الإرشاد الأسرِي

عمادة البحث العلمي والدراسات العليا في الجامعة الهاشميّة

الزرقاء-الأردن

10/ تموز/ 201 5

نوقشت هذه الرسالة الموسومة بِــــ" أثر برنامجِ إرشاد جمعي علـــى خفــضِ القلـــقِ والاكتئـــاب وتحسينِ الدعم الإجتماعي لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع" بتاريخ 10 /8 /2015

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيــــــع
الدكتورة جهاد محمود علاء الدين، رئيساً	
أستاذ مشارك، إرشاد نفسي	....
الجامعة الهاشميّة	
الدكتور جلال كايد ضمرة، عضواً	
أستاذ مساعد، إرشاد نفسي وتربوي	....
الجامعة الهاشميّة	
الدكتور يحيَى حياتي نصار ،عضواً	
أستاذ مشارك، البحث والتقويم	....
الجامعة الهاشميّة	
الدكتور أحمد عبد الحليم عربيات، ممتحناً خارجياً	
أستاذ، إرشاد نفسي وتربوي	....
جامعة مؤتة	

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهــــداء

(أَمَّنْ هو قانتٌ آناءَ اللَّيلِ ساجداً وقائماً يَحذَرُ الآخرةَ ويَرجو رحمةَ ربِّهِ قلْ هل يستوي الَّذين يعلمونَ والَّذين لا يعلمونَ إنَّما يَتَذكَّرُ أولوا الألباب) (الزمر،آية 9)

صدق الله العظيم

إلى رفيق دربي الذي وقفَ داعماً ومسانداً لي طوال فترة دراستي والذي لم يتوانَ لحظة واحدة عن مساعدتي (زوجي يحيى)

إلى من أوصلَ في فكري لغة الحب ينابيع المعرفة والعطاء، إلى قرة عيني، إلى من علماني ترتيب أبجدياتي، إلى من حملا قلبي على أكف السعادة ورسما الضحكة على شفتي (أمي وأبي)

إلى أهل زوجي عمي وعمتي المحبين

إلى أخوتي وأخواتي واخص بالذكر أختي ورفيقتي (زهور)

إلى مهجة قلبي وفرحتي وكبريائي أولادي (حمزة ومحمد)

إلى زميلاتي وصديقاتي في الدراسة والعمل

إلى جامعتي النيرة الجامعة الهاشمية

الباحثة: أمل الخطيب

الشُّكر والتّقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

قالَ تعالى (قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لاَ يَعْلَمُونَ) صدق الله العظيم.

أحمد الله عز وجل الذي منَّ عليَّ بِنعمة القُدرة على المُثابرة لإتمام مَسيرتي العِلمية ومكَّنني بِفضله من ذلك.

بسم الله الرحمن الرحيم ﴿ **وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ** ﴾
سورة إبراهيم: آية 7

الحمد لله والشكر لله الذي أعانني ووفقني لإتمام هذا العمل والذي أبغي به وجه الله تعالى، فالشكر لله خالق الأرض والسموات وما بينهما.

أتوجه بجزيل الشكر وعظيم الإمتنان إلى مشرفة الرسالة الدكتورة جهاد محمود علاء الدين التي تحملتني كثيراً وزرعت في نفسي الثقة بالنفس والعزيمة على إتمام هذا العمل والتي اعتبرها مثالاً للإخلاص والإلتزام وحب العلم والعمل والتي طالما كانت تقدم لي الدعم المتواصل طوال فترة دراستي في الجامعة وأتقدم منها بالامتنان والتقدير والاحترام والعرفان فلها كل المحبة والتقدير وإن شاء الله لها الأجر من الله تعالى على ما قدمتِ لي من العون والمساعدة العلمية والعملية حتى وصلت إلى هذه المرحلة.

كما أتقدم بوافر شكري وتقديري إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لتفضلهم مشكورين بقبول مناقشة هذه الرسالة، ولما كان لإقتراحاتهم قيمة وأثر في هذا العمل ليصل لصورته النهائية، فلهم مني جميعاً جزيل الشكر والعرفان. كما أخص بالشكر السيدات اللواتي شاركن في الدراسة فلهن كل الاحترام وأتمنى لهن الشفاء العاجل.

الباحثة: أمل الخطيب

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

الملخص

أثر برنامجِ إرشاد جمعي على خفض القلقِ والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع

إعـداد

أمل غالب "محمد علي" الخطيب

المشرف

الـدكتورة جهـاد محمـود عـلاء الـدين

أستاذ مُشارك

سعت هذه الدراسة التجريبية إلى استكشاف تأثيرِ برنامجِ إرشاد جمعي في تَخفيض أعراضِ القلقِ والاكتئاب وتحسين مستوياتِ الدعم الاجتماعي لدى عينة من المريضات المصاباتِ بالسكري من النوعِ الثاني وضغط الدم المرتفع. وإستخدمتْ الدراسة المنهج التجريبي بتصميم المجموعات المتكافئة عَشوائياً بقياسات قبلية وبعدية. وقد سُحبتْ المجموعة التجريبية (ن =15) والمجموعة الضابطة (ن= 15) مِنْ مجموع عيّنة متيسرة (ن= 80) مِنْ المرضى الإناثِ المصاباتِ بالسكري من النوعِ الثاني وضغط الدم المرتفع اللواتي يراجعنَ مركز المفرق الطبي. وقد تطابقت مجموعة المقارنةَ مع المجموعة التجريبية في الإختباراتِ القَبْلَية استناداً إلى التقارير الذاتية عن الصعوباتِ النفسيةِ والاجتماعية (ومثال على ذلك: مقاييسِ القلق والاكتئابِ والدعم الإجتماعي)، وطبقاً لتشخيصِ الأطباءِ لأمراضِ السكّري وإرتفاع ضغط الدمَ.

ولفحصِ تأثيرِ برنامجِ الإرشاد الجمعي(المتغير المستقل) على الصعوباتِ النفسيةِ والإجتماعيةِ (المتغير تابع)، طور برنامج إرشاد جمعي تألف من (14) جلسة بمعدل (3) جلسات أسبوعية، استناداً إلى منظورِ العلاجِ المعرفي السلوكي والتعليم النفسي. وتضمنت أهم المواضيعُ التي تناولتها جلسات البرنامج: التعارف والتقديم والبناء؛ وتقييم بيك لسلوكِ المشكلةِ؛ ونموذج بيك للعلاجِ المعرفي السلوكي للاكتئاب؛ والسجل اليومي للأفكارِ المعطلةِ؛ ومهارات الإتصالِ الفعّالِ ووَضِع الهدفِ لزِيَادَة الدعمِ العائليِ؛ ومهاراتَ حل المشكلة ووضع الهدفِ لتَحسين الدعمِ الإجتماعيِ؛ الحوار الذاتي والتعليمات الذاتية الداخلية؛ والثلاثي المعرفي؛ التشويهات الإدراكية وإعادة البناءِ المعرفي والأفكار اللاعقلانية؛ مهارات التعامل مع القلقِ،

والدمج والتكامل والإغلاق . واشتَملَ البرنامج أيضاً، على تمارينِ معرفيةِ وسلوكيةِ مثل النمذجة المعرفية للحديث الذاتي؛ والمراقبة الإدراكيةِ الذاتيةَ، وتحسين إنجازاتِ المراحلِ السابقةِ، وأخيراً التهيئة لمنعِ الانتكاس.

وأشارت التحليلات الإحصائية إلى النتائج التالية: **أولاً:** وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقاييسِ القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ما يشير إلى كفاءة برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية. **وثانياً:** أشارت نتائج المقارنات بين نتائج القياس البعدي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي على المجموعة التجريبية، والقياس التتبعي بعد مرور أربعة أسابيع، إلى وجود فروق دالّة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، بين متوسّطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي، على مقاييسِ القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي، لصالحِ القياسِ التتبعي، فقد تحسنت درجات المفحوصات على جميعِ مقاييسِ الدراسة لتصبح أفضل بدرجة دالّة مقارنة بدرجاتهم على نفسِ هذه المقاييسِ في القياسِ البعدي.

تُصادقُ هذه النتائجِ على حقيقة أنَ العلاجَ المعرفي السلوكيَ نمط ناجح مِنْ العلاج النفسي، وأنه يَعتبرُ أفضل إختيارِ للمعالجة والذي يَجِبُ أَنْ يستَعملَ في إدارةِ أعراضِ القلقِ والاكتئابِ والتعامل مع نقصِ الدعم الاجتماعي لتحسينِ الأداءِ النفسي والإجتماعيِ للمرضى من النساء المصابات بالنوعِ الثاني من مرض السكّري وبإرتفاع ضغط الدمِ. وتشيرُ النَتائِجَ الحاليةَ أيضاً إلى أنَ مجموعات العلاج المعرفي السلوكي قَدْ تَكُون فعّالةَ في مُسَاعَدَة النِساءِ الأردنياتِ اللواتي يُعانين من الأعباءِ النفسية والاجتماعية المرتبطة بالنوعِ الثاني من مرض السكّري وضغط الدمِ المرتفع. وهذا يَقترحُ إمكانيةَ دمجِ هذا النوعِ مِنْ البرامجِ ضمن الخدماتِ التي يقدمها فريق الأطباءِ، الممرضات، والمرشدون الأسريون العاملون في المراكزَ الطبيةَ الحكومية في الأردن.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد جمعي؛ العلاج المعرفي السلوكي (CBT)؛ التعليم النفسي؛ القلق؛ الاكتئاب؛ الدعم الاجتماعي؛ النساء المرضى بالسكّري وإرتفاع ضغط الدمِ.

الفصل الأول

المقدمة والإطار النظري

مشكلة الدراسة

أسئلة الدراسَة

فرضيات الدراسة

أهمية الدراسة

المفاهيم والتعريفات الإجرائية

حدود الدراسة

بسم اللّه الرّحمن الرّحيم

الفصل الأول

المقدمة والإطار النظري

تلعبُ الحالة الصحية للفرد دوراً حيوياً في صحته النفسية ولأن العلاقة بين النفس والجسم علاقة تفاعلية، فإنَ الأمراض الجسمية تقومُ بدورٍ مُساهم في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية، وفي المقابل فإنَ الحالة النفسية للفرد تُمارسُ نفس التأثير على الحالة الجسمية. ومن بينَ الاضطرابات النفسية التي نالت الاهتمام الأوفر والأولوية في التشخيص والبحوث العلمية اضطرابات القلق والاكتئاب، فقد حظيت هذه الاضطرابات باهتمام الباحثين بغرض الكشف عن طبيعتها وأسبابها ومدى انتشارها في المجتمع (معمرية، 2000). كما أبدت الدراسات المبكرة في مجال الضغوط النفسية اهتماماً واضحاً بالاستجابات الجسمية التكيفية كرد فعل للضغوط. وقد أبرزت دراسات هانز سيلي (Hans Selye, 1955) مبكراً، أنَ الاستجابات الجسمية للضغوط وما يصاحبها من تغيرات كيميائية وهرمونية تعد وسيلة دفاعية يستعد بها الجسم آليا لمواجهة الضغوط والمخاطر، وأن استمرار التعرض للضغوط والتي تواجه دائماً باستجابات فسيولوجية في محاولة للتكيف يسببُ خللاً في وظائف الجسم، فعلى سبيل المثال، يؤدي زيادة إفراز الجسم لهرمون الكورتيزون إلى زيادةِ معدل الإصابة بأمراضٍ حادة ومزمنة كالسكري والقلب وضعف المناعة (Cotton, 1990, pp. 39- 43).

ويمكن لتشخيصِ ربِ الأسرة أو إصابة أحد الوالدين بمرض جسمي حاد ومزمن أن ينتج لديه ولمن حوله العديد من المشاكل الجسمية والعاطفية والسلوكية، هذا بالإضافة إلى التناقصِ والتراجع في تأدية الوظائف الأسرية (Forrest, Plumb, Ziebland, & Stein, 2006;

(Grabiak, Bender, & Puskar, 2007، فحدث المرض يعتبر أحد الأحداث الحياتية الأسرِية الضاغطة والذي برهنت العديد من الدراسات على ارتباطه بالاضطرابات النفسية والجسمية (Holland & Friedlander, 2006, p. 121)، وذلك سواء لدى المريض نفسه أو عندَ من يحيطون به من أفراد الأسرة وغالباً ما تبرز هذه المشاكل والصعوبات بمعدلاتٍ أكثر عندما تكون الأمُّ هي المصابة بالمرض (Christ, 2000).

ولقد اعتبرت إصابة أحد الوالدين بالمرض الجسدي المزمن مبكراً مُنذُ فترة طويلة عامل خطر يُسهم في تطويرِ المشاكلِ النفسيةِ والاجتماعية عند الوالدِ المريض وأيضاً الأبناءِ من الأطفال والمراهقينِ (Buckley, 1977)، ونُظرَ إلى إصابة أحد الوالدين بمرضٍ مزمن أو خطير بوجه عام كمصدر تهديد لأمن واستقرارِ البيئة الأسرية وصلاحية الأسرة للقيامِ بوظائفها . ويبدو أنه عندما تتطور لدى أحد الوالدين حالة مرضية مزمنة أثناء مراحل تربية الأطفال في دورة الحياة الأسرية، فإن قدرة العائلة على البقاء متماسكة ضمن نفسِ المسار تصبح مرهقة ومجهدة جداً ، وفي حالات ذات خطورة أعلى، فإنَ تأثير المرض يشبه إضافة عضو جديد، مع "إحتياجات خاصّة" ينافس فيها أعضاء الأسرة الحقيقيين على موارد العائلة النادرة والتي قد تنعدم باستمرارِ المرض الوالدي وخسارته لصحته وكفائته" (Rolland, 1999, p. 252).

وتعتبر أمراض السكري (Diabetes Mellitus (DM) وضغط الدمِ المرتفع (Hypertension) من أكثرِ الاضطرابات الجسمية التي تساهم العوامل السيكولوجية أو النفسية بدور هام في الإصابة بها، أو في زيادة تدهورِ وسوء الحالة المرضية للفرد. وتظهر اضطرابات السكري وضغط الدم المرتفع والتي غالباً ما تكون متزامنة الحدوثِ، وتكون واسعة الإنتشار في الدولِ النامية (Almawi et al., 2008) حيث تُسهمُ عوامل توزيع السكان والفقر وسوء التغذية وسوء حالة المعيشة والبطالة والجهلِ والعادات السيئة المنتشرة بين المجتمعات، كما ويوجد ارتفاع

في نسبة انتشار مرض السكري في الدول النامية، نتيجة اصطباغ الحياة بالطبيعة المدنية وما يصاحبها من تغييرات ثقافية واجتماعية وغيرها من المظاهر التي تسهم في تفاقم المشكلة، وتتوقع منظمة الصحة العالمية إصابة أكثر من 350 مليون شخص بالسكري وأمراض ضغط الدمِ المصاحبة بحلول عام 2025، وأنَ ثلاثة أرباعهم ممن يقطنون في العالم الثالث (WHO, 2006). ما جعل العلماء والمهتمون بالجانب الطبي والأطباء ومختصو العلوم الفسيولوجية والمرشدون النفسيون والعاملون في مجالات العلاج والتأهيل النفسي في الميدانِ الطبي يولون أهمية كبيرة لتطويرِ برامج الوقاية والعلاج الخاصة بمرض السكري والضغط المرتفع (Herman et al., 1995).

ويعتبر مرض السكّري بشكل كبير مرضاً يُمكن السيطرة عليه وإدارته ذاتياً (Self-Administered). وبالتالي، فإنَ المريض إذا كانَ غير راغب أَو غير قادر على الإدارة الذاتية لمرض السكّريَ لديه وذلكَ على أساسِ يومي ولأسباب غالباً ما تكون نفسية واجتماعية ، فإنَ النتائج سَتَكُونُ سيّئة، بغض النظر عن مدى تَقَدّمَ تقنيةَ المعالجةَ (Snoek, & Skinner, 2006).

وتمثلُ العوامل الإدراكية والعاطفية والسلوكية والعوامل الإجتماعية أيضاً وتلعب دوراً حيوياً في إدارةِ مرض السكّري. وبدرجة أكبر، فإنَ اضطرابات القلق والإكتئاب المختلطة بالمرضِ والقصور في الدعم الاجتماعي والمشاكل النفسية والاجتماعية الأخرى التي تكون شائعة لدى مرضى السكري، تمارسُ تأثيراً سلبياً على العافية والرفاه النفسي للمريض وأيضاً على النتائجِ الأيضية المسؤولة بصورة مباشرة عن المرضِ . كما ويَتطلّبُ مرض السكّري (DM) العنايةَ الطبيةَ المستمرةَ والإدارةَ الذاتية من قبل المرضى، والتثقيفِ الصحي ، والالتزام بالدواءِ

المَوْصُوفِ، وذلكَ للتقليل من خطرِ التعقيداتِ والمضاعفات الطويلة المدى (Al Hayek et al., 2013).

ويَتطلّبُ مرض السكّري وخاصة النوعِ الثاني منه أو ما يسمى بمرض السكري غيرِ المعتمد على الأنسولين (Type II Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)، أكثر مِنْ مجرد السيطرةِ على مستوى الجلوكوزِ؛ فهو يستوجبُ النظر إليه من منظور بيولوجي نفسي اجتماعي (Biopsychosocial Approach) شامل (Suhl, & Bunsignore, 2006). وقد أشارَت الدراسات إلى أنَ عدم الالتزام بالبرنامج العلاجي والغذائي والبدني عندَ مرضى السكّري، يرتبط في أغلبِ الأحيانِ بالاكتئاب والنتائجِ الصحيةِ الأسوأ (Markowitz, Gonzalez, Wilkinson, & Safren, 2011).

وقد برهنت برامج العلاج والإرشاد النفسي المثيرة للدافعية والمعدلّة للسلوكِ وبشكلٍ خاص برامج التعليم النفسي (Gan, Brammer, & Creedy, 2011)، والعلاج المعرفي السلوكِي (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, & Clouse, 1998; Markowitz et al., 2011)، مع المرضى المصابين بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي (Type 2 diabetes) ، بأنها تكُون فعّالَة في تَحسين التمسّكِ والالتزام بخطة العلاجِ وضمانِ الإستفادة من خدماتِ العنايةِ الأساسيةِ والثانويةِ . وأنَ مزيجاً من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتعليم عن مرض السكّرِي، يعد نوعاً من المعالجة الفعّالة للاكتئاب الرئيسي عند المرضى بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي، وهو لَرُبَّمَا أيضاً يَرتبطُ بالسيطرةِ المُحسَّنة لمستوياتِ السكر في الدمِ (Lustman et al., 1998).

وقد وجدَ الباحثون ماركويتز وجونزاليز وويلكنسن وسافرين (Markowitz, Gonzalez, Wilkinson, and Safren, 2011)، في دراستهم بعنوان *"معالجة الاكتئابِ*

في مرض السكّري: النتائج المنبثقة"، التي أجريت لمراجعة المقالات العلمية المَنْشُورةُ التي تُقيّمُ كفاءة معالجة الاكتئاب عندَ مرضى السكّري، أنَ السبع عشْرة (17) دراسة التي قابلتْ المعاييرَ المحددة للدراسة، تُشيرُ إلى أنَ التدخّلاتَ النفسية الاجتماعية وبشكل خاص العلاج المعرفي السلوكِي، والأدوية المسكّنة المخففة للاكتئاب ، والعناية التعاونية المزودة من الفريق الطبي وتعاون المريض وأفراد أسرته، برهنت على كونها فعّالة في معالجةِ الاكتئاب عند مرضى السكّرِي.

ويكون المرضى المصابون بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي عُرضة لخطرِ متزايدِ مِنْ صعوباتِ التعاملِ والمواجهة ونتائجِ المرض الصحية السيّئةِ كفقدان البصر (Al-Till, Al-Bdour, & Ajlouni, 2005)، وبتر بعضِ الأطرافِ وبالتالي يحتاجون لنوعٍ خاص من المراقبة والإ نتباه المتواصلين لضمان الالتزام بالخطة وبرنامج الغذاء والنشاطِ العلاجي (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007). ويُوصى بأن تكون مراقبة حالة المرضى العاطفيةِ والنفسية، ولجميعِ المرضى في مجموعات الأعمار المختلفة، العنصر المكمّل لبرامج العنايةِ بمرضى السكّرِي الروتينيةِ. وتشجعُ مُناقشةُ القضايا المتعلقة بنوعيةِ الحياةِ ضمن سياق العنايةَ الإكلينيكيةِ بمرض السكّرِي، وتُروّجُ في حد ذاتها للتمسّكِ والالتزام ورضا المرضى، كما وأثبتتَ قدرتها لزِيَادَة الإعتراف وتمييزِ إشاراتِ المشاكلِ العاطفيةِ والإحتراق النفسي للمرضى المصابين بمرض السكّرِي. ويُمْكِنُ لدمج ومُكَامَلَة عِلْومِ النفْس والعلاج النفسي كالعلاج المعرفي السلوكي في إدارةِ مرض السكّرِي أَنْ تُساعدَ على تصميمِ برامج العناية بكفاءة وفقاً وبما يتناسب مع الحاجاتَ الفردِية للمريضَ وأن تُحسّنُ بالتالي من النتائجَ الصحية والنفسية والاجتماعية (Gonzalez et al., 2007; Snoek, & Skinner, 2006).

وتشير التقارير الوطنية والإقليميَة في الأردن عبرَ العقود الثلاث الأخيرَة إلى أنَ أعداد الأفراد المصابوِن بمرضِ السكري (Diabetes Mellitus (DM)، بأشكاله المختلفة في تزايد مستمر (Ajlouni, Jaddou, & Batieha, 1998). كما أشارَ المتخصصون في هذا المجال إلى أن أعداد الأفراد البالغين المصابين بهذا المرض في الدول النامية ومنها مصر (Herman et al., 1995)، سوف يتجاوز الثلاثمائة (300) مليون نسمة، بقدوم عام (2025). ولا يقدم السكري الصورة المفزعة لأمراض أخرى مثل الإيدز أو غيرها من الأمراض القاتلة، ولكن المزيد من الناس على مستوى العالم أصبحوا يموتون الآن من أمراض مزمنة مثل السكري بنسبٍ أكثر مما تسببه الأمراض الوبائية المعدية.

كما كشفت نتائج الدراسة القومية والتي أجرتها وزارة الصحة في الأردن (Minstry Of Health (MOH), 1996)، أنَ (14%) من عينة الدراسة، ممن هم في أعمارٍ أكبر من (25) سنة، و(25%) ممن هم في عمر أكبر من (40) سنة، كانوا مصابين بمرض السكري. وأشارت نتائج المسح العام الذي أعدته وزارة الصحة بالأردن (MOH, 1996) أيضاً، إلى أن ارتفاع ضغط الدم يصيب (32%) من البالغين في سنِ (25) سنة وأكثر، ويصيب (40%) من البالغين فوقَ سن (40) سنة.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة أجريت في أربع مجتمعات محلية مختلفة بالأردن (Ajlouni et al., 1998)، مثلت جميع الفئات فيها، وتبينَ فيها أن (13.4%) من أفراد العينة من (25) سنة فأكثر كانوا مصابين بالسكري، يضاف إليهم (8.9%) يعانون من خلل في تحمل الجلوكوز الذي يُعدّ عاملَ خطرٍ للإصابة بالسكري والأمراض القلبية الوعائية، ما يرفع نسبة المصابين باضطرابات استقلابية من نوع السكري إلى (23%) من أفراد العينة. وفي الأردن أيضًا وجدت دراسات أخرى (Al-Sarihin, Bani-Khaled, Haddad, & Althwabia, 2012; Al-

Till, Al-Bdour, & Ajlouni, 2005) ، أنَ نسبة (6.4%) من عينة الدراسة كانت مصابه بمرض السكري، وأن مرض السكري قد يصيب 13% من البالغين الأردنيين.

ووفق أحدث الدراسات والمسوحات الوطنية للعامِ 2014، فإنَ نسبةً تقدّر بِ 36% من الأردنيين فوق سن 25 سنة مصابون بالسكري، فيما تقدر وزارة الصحة أعداد المصابين إما بالسكري أو السكري الكامن، بأنهَا تبلغ أكثر من مليون مواطن حالياً، كما وتتوقع الدراسات أن يرتفع عدد المصابين محلياً بالسكري في العام 2050 إلى نحوِ ثلاثة ملايين شخص (جريدة الرأي، 4 نوفمبر /تشرين الثاني، 2014). وتتسبب الأمراض غير السارية ومنها "السكري" وأمراض القلب، بـ64% من الوفيات سنوياً في المملكة. وتؤكد مديرية الأمراض غير السارية في وزارة الصحة أنَ ثلثي المصابين بالسكري مصابون أيضاً بالأمراض القلبية والوعائية، وأن نحوَ (40%) منهم أدى السكري إلى إصابتهم بالفشل الكلوي والعلاج بغسيل الكلى، كما ويعتبر السكري أيضاً السبب الرئيسي للإصابة بفقدان البصر (جريدة الدستور، 15 نوفمبر /تشرين الثاني، 2014).

ومن جانبٍ آخر، أظهرت دراسة حول الإصابة بتصلب الشرايين والاكتئاب ضمن عينة من النساءِ الأمريكيات المصابات بالسكري (Clouse, Lustman, Freedland, Griffith, McGill, & Carney, 2003)، أنَ الأعراض الاكتئابية، يمكنُ أن تتنبأ بإمكانية الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، وأن هذه العلاقة يمكن تفسيرها بشكل خاص من خلال نمط الحياة اليومي مثل زيادة الوزن وزيادة التدخين وعدم النشاط الجسمي مع زيادة تناول الأغذية الكثيفة الطاقة والغنية بالدهون والسكريات الحرة.

والحقيقة الواضحة هيَ أن أعراض الاكتئاب مثل نقص الدافعية ونقص النشاط وفقدان الأمل واضطراب النوم والشهية والأفكار التشاؤمية واليأس وأفكار الانتحار، كلها تؤثر سلبياً على

نمط الحياة اليومية الصحي، وهي تؤثر بدرجة أكبر على المرضى المصابين بالسكري. ويعودُ ذلكَ لأن مرض السكري يتطلب ولمدة طويلة مراقبة المريض لنفسه وترتيب مواعيد وجرعات أدويته وتعديل عادات الطعام والقيام بالتمرينات البدنية. كما أن التغييرات المطلوبة من المريض في نمط حياته يمكن لها أن تؤثر سلبياً على حياته الاجتماعية والمالية والمهنية، بالإضافة إلى نقصِ وقصور موارد الدعم الاجتماعي، ما يمكن أن يقودَ عند من لديهم استعداد خاص إلى الاكتئاب كنتيجة لمرض السكري. ومن الممكن للأساليب العلاجية النفسية الاجتماعية والتي تطبق على نطاق واسع أن تقلل من نسب حدوث الاكتئاب وأن تشجع الاختيارات الصحية في نمط الحياة، الأمر الذي يمكن أن يخفّضَ من نسب وشيوعِ حدوث مرض السكري من النوع الثاني (المالح، 2006).

ولكي يُدارَ مرض السكّريَ بنجاح، يَجِبُ أَنْ يَلتزم المرضى بنظمِ تغذية المعالجةِ التي تتضمنَ القيودَ الغذائيةَ، وزيادة النشاط الجسدي، والمراقبة الذاتية لمستوياتِ الجلوكوزِ. وتُؤثّرُ العديد من العوامل على قدرةِ المرضى للإلتِزام بشكل صحيح، ومثال على ذلك: الكفاءة الذاتية وتوقّعات المعالجةِ والاعتقادات الصحيةِ والدعمِ الإجتماعيِ (Miller, & DiMatteo, 2013). ولذلك، فإنَ إدارة مرض السكّري يُمكنُ أَنْ تَكُونَ عملية معقّدةَ جداً، وتَتطلّبُ التزاماً دائماً وتغييراتَ صارمةَ في أسلوبِ حياة المريضَ. إن حصول المريض على الأمن والدعم العاطفي والتقييم الإيجابي للخبرات الإيجابية والسلبية عن طريق العلاقات الإجتماعية الداعمة يدعم ما أسماه ماسلو (Maslow, 1968) "دافع النمو" أو تحقيقِ الذات حيث يهتم الأفراد الذين لديهم هذا الدافع بتفاعلاتهم مع الآخرين، ويكون لديهم رغبة أكثر في اكتشاف بيئتهم وتحقيق ذاتهم، وبأن يصبحوا بدورهم مصادر دعم للآخرين، وهكذا فإن الشبكة الإجتماعية والدعم الإجتماعي تؤثران بشكل إيجابي على التكيف النفسي الإجتماعي لديهم. كما يؤثر الرضا عن الدعم

الإجتماعي المقدم للفرد والذي يعكس اتجاهات الآخرين نحوه ومدى تقبلهم له، على رفع مستويات التكيف النفسي والاجتماعي للفرد (Harter, 1999).

ومن جانبٍ آخر، فإنَ العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy (CBT)، يعتبر من أشهرِ العلاجات النفسية التي يمكنها أن تفيد في علاج القلقِ والاكتئابِ عندَ مرضى السكري، وهو يهدف إلى تعديل الأفكار الخاطئة عند المريض حولَ نفسه وحول الآخرين وحول المستقبل (المالِح، 2006). كما يعمل على مساعدة المرضى على تشكيلِ أفكار واستجابات مفيدة وصحيحة ومن ثم سلوكيات مفيدة من خلال العلاقة العلاجية الناجحة وفي إطار التدربِ على مهارة حل المشكلات. وقد بينت دراسات عديدة فائدة العلاج المعرفي السلوكي لحالات الاكتئاب لدى المرضى بأمراضٍ عضوية كالسكري وضغط الدم المرتفع، فعلى سبيل المثالِ، أظهرت دراسة لستمان وآخرون (Lustman et al., 1998)، أنَ العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يكون فعالاً مع الأشخاص المصابين بالاكتئاب من مرضى السكري من النوع الثاني. كما نشرت في العام 1995 المجموعة الأمريكية المكلفة بدراسة تحسينِ ونشرِ إجراءات العلاجات النفسية الاجتماعية (Task Force Promotion, Dissemination, Psychosocial Procedures, 1995)، خلاصة نتائجها وهي : أنَ العلاجات النفسية الاجتماعية قد بينت فائدتها في تحسين الالتزام بالعلاج وضبط السكر والأمراض الوظيفية العامة ونوعية الحياة، عند مرضى السكري.

وقد قامَت مجموعة من الأطباء الدانمركيين (Anderson, Funnell, Butler, Arnold, Fitzgerald, & Feste, 1995)، بإجراءِ مقارنة بينَ برنامج شامل متعدد المكونات وبينَ الممارسة العادية لرعاية مرضى السكري. واشتملَ البرنامج المتعدد المكونات على تقديمِ معلومات إرتجاعية (Information feedback) لمقدمي الرعاية للمرضى من خلال تزويدهم

بشكل مستمر بمعلوماتِ حولَ أدائهم، والتذكير بمواعيدِ الزيارات المنتظمة لمرضى السكري، والدعم للقرارات الصادرَة منهم ، بالإضافة لدعمِ خطوات التدبير العلاجي الذاتي لدى المرضى أنفسهم. وبعد مرور ست سنوات، سجلت المجموعة التي تتبع نظام البرنامج العلاجي الشامل مستويات من الغلوكوز والكولسترول كانت أقل بدرجة دالة من المرضى الذين يتلقون الرعاية المعتادة (Anderson et al., 1995).

وسيتم فيما يلي تقديم لمتغيرات الدراسة الرئيسية وهي الإرشاد الجمعي المستند للعلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي، مع إلقاءِ الضوء على طبيعة حدث مرض السكري وضغط الدم المرتفع وتأثيرهما كمرضين متلازمين مزمنين على المريض والأسرة، واضطرابات القلق والاكتئاب ونقص الدعم الاجتماعي المصاحبة لمرض السكري وضغط الدم المرتفع لدى هذه الفئة.

الإرشاد الجمعي

يعد الإرشاد النفسي الجمعي أحد الصيغ التي تقدم فيه خدمات وأنشطة وتدخلات الإرشاد النفسي، ويمثلُ ممارسة مهنية متخصصة واسعة المدى تتعلق بتوفير المساعدة أو بانجاز المهام في موقف جمعي ويتضمن ذلك تطبيق النظريات وعمليات المجموعة بواسطة متخصص ممارس كفؤ لمساعدة مجموعة من الأشخاص يعتمدون على بعضهم البعض بصورة تبادلية لتحقيق أهدافهم، التي قد تكون في طبيعتها شخصية أو ما بين الأشخاص أو موجهة نحو المهمة (Gazda, 1989, p.9). كما ويعرف الإرشاد الجمعي بأنه شكل من أشكال الإرشاد يضم عدداً من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة (Corey & Corey, 2000).

ويصفُ جازدا ودنكان وميدوز (Gazda, Duncan, & Meadows, 1967, p. 305) ، الإرشاد الجمعي بأنه عبارة عن "عملية ديناميكية ما بين الأشخاص تركز على التفكير والسلوك الشعوري وتتضمن وظائف العلاج المؤلفة من "التسامح والتوجّه نحو الواقع والتنفيس الانفعالي والثقة والرعاية والتفهم والتقبل والدعم المتبادل وغرسِ الأمل وتطوّر وظائف العلاج وتنمو ضمن مجموعة صغيرة من خلال تبادل وإشراك الآخرين من الأقران والمرشد في الهموم والمشكلات الشخصية، ويكون المسترشدون بشكل أساسي أشخاص طبيعيين لديهم هموم ومشكلات متنوعة، والتي لم تضعفهم إلى الحد الذي يستدعي تغيير مكثّف في الشخصية. وقد يستخدم المسترشدون من أعضاء المجموعة تفاعلات المجموعة لزيادة فهم وتقبل القيم والأهداف ولتعلّم و/أو لمحو التعلّم السابق، *لإتجاهات وأفكار وسلوكات معينة*".

ويتولى المرشد القيام بتشكيلِ المجموعة الإرشادية وفق أسس وقواعد منظمة تربط بين المشكلات والصعوبات أو الاضطرابات المشتركة بين جميع الأفراد، هذا مع الحرص على تنمية العلاقات والتفاعل الاجتماعي بين أعضائها، والعمل على تدعيم إستمرار التفاعل الاجتماعي بينهم حتى بعد انتهاء عملية الإرشاد الجمعي. وتتميز المجموعة بتوجيه نموها نحو التأكيد على اكتشاف المصادر الداخلية للقوى الشخصية، والتعامل بشكل بنّاء مع ما يمنع التطور المثالي. ويمكن للأعضاء تطوير المهارات الشخصية التي تمكنهم من مواجهة الصعوبات الحالية والمشكلات المستقبلية على نحو أفضل. وتزود المجموعة بالدعم والتحدي الضروريين للاستكشاف الذاتي الصادق (Corey & Corey, 1997).

ويعدُ الإرشاد الجمعي موجّهاً نحوَ تو ليد النمو نظراً لأنه يزود المشاركين بالحوافز والدافعية لصنع تغييرات تكون في صالحهم ولمنفعتهم، فهو يحفز المشاركين لاتخاذ إجراءات وأفعال تضاعف من إمكانياتهم من خلال سلوكيات تحقيق الذات (Self-actualizing). كما

ويعد أيضاً، موجّهاً نحو الوقاية، بمعنى أن المسترشدين يكونون قادرين على أداء دورهم في المجتمع لكنهم قد يتعرضون لخبرة بعض التجارب القاسية في حياتهم، وإذا كانَ الإرشاد ناجحاً فإنَ هذه المواقف يجتازها المسترشدون دون آثار خطيرة على الشخصية. كما ويعد الإرشاد الجمعي موجّهاً نحو العلاج والشفاء، من حيث تعامله مع الأشخاص الذين دخلوا في دوامة السلوك الهازم والمدمّر للذات، لكنهم ما زالوا قادرين على التخلص من هذه الدوامة والعودة إلى المسار الصحيح والشفاء التام والاستفادة من خبرة الإرشاد الجمعي للتخلص من هذه السلوكيات المدمّرة لشخصياتهم (Conyne, Wilson, Kline, Morran, & Ward, 1993) .

ويتضمن الإرشاد الجمعي العناصر(Corey & Corey , 1997) **التالية:**

1. المرشد النفسي: وهو شخص مؤهّل علمياً لممارسة مهنة الإرشاد النفسي، وهو المسؤول عن تقديم الخدمات الإرشادية، من خلال خطوات العملية الإرشادية التي تبدأ بالتشخيص، ثم التخطيط لبرنامج إرشادي مناسب لحل المشكلة، ثم تنفيذه وتقويمه.

2. المسترشد: وهو شخص لديه مشكلة ما ويطلب المساعدة لحلّها، في بعض الحالات يتم التعرّف على المشكلة من خلال مسح (Survey) ما، أو تطبيق قياسات على مجموعة مثل أسرة، وفي حالات أخرى يتم إحالة (Referral) مجموعة من المسترشدين من جهة رسمية ما، وفي جميع الحالات يتم تشكيل المجموعة الإرشادية من المسترشدين الذين تجمعهم خصائص مشتركة ومنها وجود مشكلة لديهم لها أعراض متشابهة.

3. المجموعة الإرشادية: تتكون المجموعة الإرشادية من مجموعة من المسترشدين لديهم استعداد للتفاعل فيما بينهم بعلاقات ديناميكية بالاشتراك مع المرشد النفسي، لتنفيذ البرنامج وتحقيق الهدف المرجوّ منه، ويعتمد حجم المجموعة على عدّة عوامل منها عمر المسترشدين، ونوع

المجموعة، ونوعية المشاكل المطروحة، وقد تتكون مجموعة من المراهقين من (6–8) أفراد، ولمجموعة من البالغين مع قائد واحد فإن (8) أشخاص يعتبر مثالياً.

وقد اعتبرتْ مجموعات علاجِ النِساءِ ومنذ مدة طويلة الإختيار الأنسبِ للنِساءِ لِلعديد من الأسبابِ المُخْتَلِفة (Grenard-Moore, & Vasquez, 1990, p. 2)، فمجموعات النِساءِ تُخصص في أغلب الأحيان لأولئك الذين قَدْ يَستفيدونَ من التأكيدِ على هويةِ النوع الاجتماعي. كما وتُساعد النِساءَ على إدراكِ أنهنَ يُمْكِنُهن أَنْ يَرعوا أنفسَهن بالإضافة لرِعايَة الآخرين، وأن يَستلمُوا الرعايَة والدعم المتبادل مِنْ النِساءِ الأخرياتِ. وقد تتعلم النِساء في أغلب الأحيان وبصورة أفضل سبل تَقدير قيمة أنفسهم والنِساء الأخريات كنتيجة للعضويةِ في مجموعاتِ النِساءِ. وتتيح مجموعاتُ النِساءِ الفرصةَ أيضاً للأعضاء و لِلقادة للتَركيز، مِنْ منظوراتِ النِساءِ، على تلك القضايا التي تمثل مخاوف النِساءِ وهمومهن بصورة استثنائية أَو أوليةِ. وإضافة إلى ذلك، تَسْمحُ مجموعاتُ النِساءِ ل هن لتَجديد وتطوّير الإرتباطاتَ والصلات و العِلاقاتَ المُشبعَة والمُرضيَة التي فيها يمكن لبعضِ المشاعرِ كالحزن، والخسارة، والغضب أن تُشَجَّع وتُحَتمَّل، وتُفَهمَ، وتحترمَ، ويتم العَملَ عليها سوية.

العلاج المعرفي السلوكي

يستند برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية إلى العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy (CBT)، ومنظور التعليم النفسي (Psycho-Education). وفيما يلي عرض لأهم مميزات منظور العلاج المعرفي السلوكي في الإرشاد والعلاج النفسي يليه التعليم النفسي.

يُعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أنواع العلاج النفسي الحديثة نسبياً والذي نتجَ عن إدخال العمليات العقلية المعرفية إلى أساليب العلاجِ السلوكي وأصبحَ في وقت قصير، نموذج

العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة (Clark & Fairburn, 1997). ويشملُ مفهوم العلاج المعرفي السلوكي مناهجَ عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها . وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعاً منها ولكن أشهرها : منهج "بيك" في العلاج المعرفي، ومنهج " إليس " في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ومنهج "كيلي " للتصورات الشخصية، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى مثل منهج "ميشنبوم" في تعديل السلوك المعرفي، وحل المشكلات لدوزريلا وغولدفرايد (D'Zurilla, and Goldfried, 1971) ومنهج " باندورا" في التعليم الاجتماعي، ومنهج "لازاروس" (Multi-Modal Therapy) ، في العلاج المتعدد الاشكال.

وغالباً ما يستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي لوصف النظريات التي تشمل أو تضع في اعتبارها كلا من السلوك المعلن والمخفي وذلك في البحث أو الدراسة أو خلال العلاج والإرشاد النفسي. ويعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم التطورات في علم النفس الحديث، ففي بداية السبعينيات من القرن العشرين، زاد الاهتمام بأهمية العمليات المعرفية ودورها مثل التفكير والتخيل في تعديل السلوك، ومن الملامح المميزة أن العديد من الأساليب العلاجية أصبحت تضع في الاعتبار بشكل خاص التأثير المميز للعمليات المعرفية، وترتب على ذلك أن الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي أصبح محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وتعديلها من خلال أساليب وتدريبات وتكنيكات متعددة تتركز على السلوكيات اللاتكيفية (الشريف، 2006).

ويعتبر بيك (Beck, 1976) من رواد هذا المنهج (CBT) بالرغم من ارتباط اسمه بشكلٍ وثيق بالعلاج المعرفي (Cognitive Therapy)، فهوَ يرى أنَ المشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفردِ يقوم بتحريفِ الواقع وتشويه الحقائق بناءَ على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، وأنَ هذه الأوهام تنشأ عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل النمو المعرفي للفردِ

كما وتفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض (Beck, 1988). كما ويعد النموذج الذي قدمه بيك وسكوت ووليامز (2000) من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد الحالية هنا – والآن (here and now) بوصفها السبب في اضطراب الشخصية، فإنَ النموذج يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. وحسب هذا النموذج، فإن الشخصية تتكون من مخططات معرفية (Schemas) تشتمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو ، كما تؤدي لظهور الانفعالات المترتبة على الأحداث الحياتية وفقاً لمعانيها لديه (بيك وسكوت ووليامز، 2000).

ويُركز بيك وآخرون (2000) على دورِ الأفكار التلقائية السلبية التي تظهر وكأنها انعكاسات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جداً . ويرَى بيك وزملاؤه أنَ الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن الأمثلة عليها التمثل الشخصي (Personalization) أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب (Polarized) أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتحجيم، والعجز المعرفي . وإذا كانَ العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، وتقليل أو اختزال المشكلة

(Reduction) أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديل (مناقشة الأسباب)، وبعضها تجريبي كالاستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، والتخيل، ولعب الدور ، وتعتبر التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

كما ويعد ميشنبوم (Meichenbaum, 1995) مؤسس منهج التعديل المعرفي للسلوك (Cognitive Modification)، ومنهج التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Therapy (SIT))، من المساهمين الفعالين في العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، وركز ميشنبوم (1995) على الحوار الداخلي الذاتي (Inner Self Talk)، ليتم تعديل السلوك، ويرى أن الحديث مع النفس يجب أن يكون إيجابياً ويتضمن الرغبة في التغيير نحو الأفضل مؤكداً أنَ التفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في عملية التعلم (Sharf, 2011).

والافتراض الذي انطلق منه ميشنبوم (Meichenbaum, 1977, 1995) أن الألفاظ (Verbalization) التي يقولها الناس لأنفسهم، تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد في محاولاتهم التغيير نحو الأفضل، وأن تكيف الإنسان وسعادته تنبع من الفكر الذي يحكم سلوك الفرد (باترسون، 1990). وتعتبر من أهم وظائف الحوار الداخلي التأثير في الأبنية المعرفية، التي تؤثر بدورها في الحوار الداخلي، ويتجسد الاضطراب النفسي من خلال بنى معرفية غير متكيفة تنجم من الخبرات السلبية التي اكتسبها الفرد في حياته (Sharf, 2011).

ويعد التدريب على التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation Training [SIT] أحد المناهج المعرفية السلوكية التي طورها ميشنبوم (1977) ويعكسُ برنامج التدريب على التحصين ضد التوتر، منظور ميشنبوم بأن الأفراد يتعاملون مع المواقف الموترة من خلال تغيير معتقداتهم عن السلوكيات والعبارات التي يحدثون بها أنفسهم خلالِ تعاملهم الفعلي مع التوتر (Sharf, 2011). ويعتبر برنامج التحصين ضد التوتر والضغوط برنامجاً واسع النطاق والتنوع، فهو يشتمل على إعطاء المعلومات والتدريب على الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي وحل المشاكل، والتجريب السلوكي (Behavioral Rehearsal)، وفنيات معرفية وسلوكية أخرى، ويستندُ لمبدأ أن إعطاء الأفراد فرصة لمواجهة والتعامل بنجاح مع مثير موتر وضاغط بمستوى معتدل لحد ما، سيجعلهم قادرين على تحمل المخاوف أو القلق الأشد حدة (علاء الدين، 2013).

وتعتبر فنية إعادة البناء المعرفي (Cognitive restructuring)، من أهم التكنيكات العلاجية البارزة في هذا المنظور (CBT) والتي تهدف لجعل العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، بوصفها تكون نتاجاً للتفكير الخاطئ والعمليات المشوهة من التفكيرِ (Dobson, 1999; Hersen & Bellack, 1985; Osborn, 1998).

ويقصد بإعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار تعامل ومواجهة (Coping) بنّاءة. وعلى سبيل المثال، قد تستبدل عبارة " أنا خائفة ولا يمكنني القيام بأي شيء، بعبارة "عندما سأكون خائفة، سأتوقف للحظة لمراجعة نفسي". ويشمل حل المشكلات (Problem solving) على التجريب والتدريب ذهنياً، على كيف سيتناول المرء موقفاً ويتعامل معه، كما وتستخدم تعليمات التعزيز الذاتي (Self-reinforcement instructions)، بتقديم عبارات ذاتية إيجابية مثل *أنا أقوم بالأعمالِ المنزلية*

بمفردي، ومع ذلكَ يمكنني أن أهتم بأولادي وزوجي ، وأنا أوزعُ الوقت بشكل جيد، أمي يمكنها أن ترتاح وتكون سعيدة ولو قليلاً، أنا أشعر بالإرتياح، فأنا أتحكم بالوقتِ بشكل أفضل مما كنت عليه الأسبوع الماضي" وإعتماداً على الموقف، فإن المعالجين الذين يستخدمون برنامج التدريب على التحصين ضد التوتر (SIT) يمكنهم تعليم مسترشديهم أنواعاً كثيرة من مهارات المواجهة المتمركزة على المشكلة والمتمركزة على المشاعرِ للتعامل مع المواقف الضاغطة والموترة (باترسون، 1990).

ومن أهم التكنيكات المعرفية السلوكية التي ركّز عليها معالجو العلاج المعرفي السلوكي والتي استفادت الباحثة منها **خلال بناء البرنامج الإرشادي** في الدراسة الحالية هي:

1. **الكشف والتسجيل للأفكار السلبية أو المشوهة** (Dysfunctional Thoughts).

وتظهر من خلال تسجيل الأفكار السلبية، وتتضح الرابطة بينها وبين الانفعال والسلوك، فالقيام بالتسجيل في حد ذاته سوف يساعد في كسر تأثير التفكير بصنع تفكير يشبه التفكير الحقيقي ويعطى للمريض والمعالج أيضاً بيانات لاختبار الواقع. والهدف هو تمكين المسترشد بأن يصبح قادراً على أن يراقب ويسجل بصورة صحيحة أحاديثه الذاتية عندما يشعر بالاكتئاب، وعندما يشعر المعالج بأن المريض أصبح قادراً على البدء في تحديد الأفكار أثناء الجلسة فبالإمكان أن يطلب من المسترشد كواجب بيتي أن يراقب تفكيره الخاص بين الجلسات (علاء الدين، 2011)

2. **تعديل الحديث الذاتي** (Inner Self Talk). وهو تكنيك معرفي سلوكي ركز عليه بيك وإليس وأيضاً ميشنبوم (1995) انطلاقاً من الفرضية المتضمنة أن الأحاديث والألفاظ (Verbalization) التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة،

وأن حدوث تفاعل بين الحديث الذاتي الداخلي عند الفرد وأبنيته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير السلوك (السقا، 2005).

3. النمذجة (Modeling). وهو تكنيك معرفي سلوكي اذ يقوم المشاهد المتعرض لرؤية تلكَ النماذج (Models) بتحويلِ المعلومات التي يحصل عليها ويستنبطها من هذا النموذج إلى صور معرفية إدراكية خفية، وإلى استجابات لفظية مكررة وسيطة خفية، وتلك الاستجابات هي التي تستخدم فيما بعد كمؤشرات للسلوك العلني الصريح، وبالضرورة فإنَ هذه الاستجابات تكون عبارة عن تعليمات ذاتية، وتساعد النمذجة الواضحة لمثل هذه الاستجابات على تغيير السلوك. ويمكن للأفراد الذين يقومون بدور النماذج (Models) القيام بالتفكير بصوت عال أثناء ما يقومون به من استجابات خفية تشمل ليس فقط عرض وإيضاح السلوك البارع، ولكن أيضاً سلوك المواجهة، الذي يشمل مواجهة الإحباطات وينتهي بعبارات تعزيزية تعقب النجاح (باترسون، 1990).

4. إستراتيجيات المواجهة (Coping Strategies). يُعلم المسترشدون أساليب المواجهة المتمركزة على المشكلة للمواقف القابلة للسيطرة عليها، والمتمركزة على المشاعر للمواقف التي لا يستطيعون تغييرها (Lazarus & Folkman, 1984). وكأسلوب للمواجهة الفعّالة، ولأن معظم المرضى وأسرهم يركزون على المرض نفسه كمصدر لمتاعبهم وتوترهم ومعاناتهم، يوصي البعض (Neilson-Clayton & Brownlee, 2002, p. 6) بأنه من الأفضل لدى البدءِ بالعلاجِ مع المسترشدين بالتركيز على "المشكلات التي أتت بك إلى الإرشاد"؟ كأسلوب لنموذج المواجهة الفعّالة.

5.التدريب على التعليمات الذاتية (Self Instructional Training [SIT]). وهي طريقة يتعلم الأفراد فيها من أنفسهم كيف يتعاملون بفاعلية مع المواقف التي سببت لهم متاعب

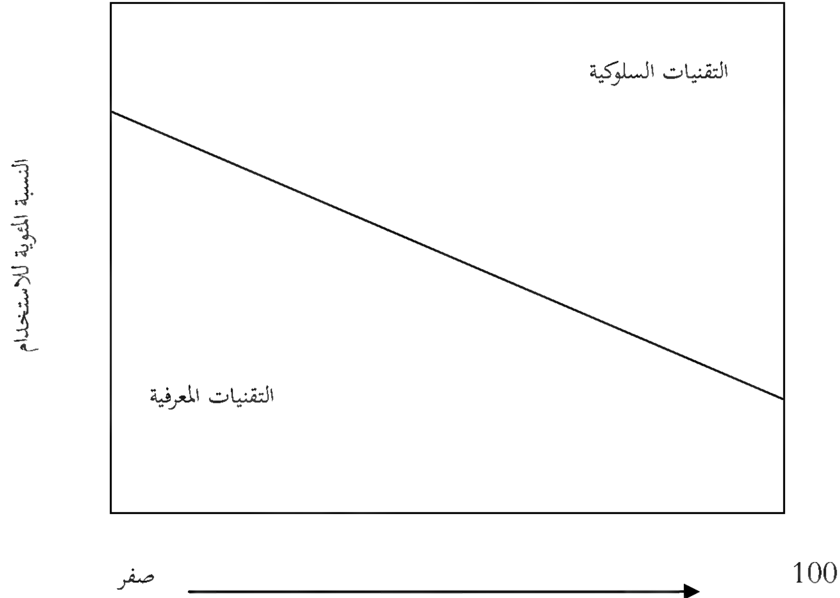
فيما قبل من خلال توجيه تعليمات معينة لأنفسهم بتطبيق مبدأ النمذجة ومن ثم التقليد والتعزيز الذاتي، حيث يقوم المعالج بنمذجة السلوك المقبول ثم يمارس المسترشد ذلك السلوك بتكرار وإعادة التعليمات بصوت عالٍ موجهاً إياها لنفسه. ومن الممكن تطبيق التدريب على التعليمات الذاتية في معظم أنواع الاضطرابات النفسية مثل القلق، والغضب، والتوتر والاكتئاب (Sharf, 2011).

6. الواجبات البيتية (Homework Assignments). لكي يتمكن الفرد من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها مع معالجه، ومن أجل مساعدته على أن ينقل التغيرات الجديدة التي تعلمها داخلِ الجلسة إلى مواقف الحياة الواقعية، ولتقوية ودعم أفكاره ومعتقداته الصحية الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات والأنشطة الخارجية، وتعد وتصمّم هذه الواجبات البيتية بطريقة خاصة، بحيث تتضمن أنشطة وتدريبات معرفية وسلوكية، كذلك يحسن أن يتم انتقاء هذه الواجبات من موضوعات الجلسة العلاجية، حتى تكون مناسبة لعلاج المشكلة التي ترتبط بالأهداف القريبة والبعيدة للعلاج (Atlas & Pepler, 1998).

تقنيات العلاج المعرفي-السلوكي (CBT)

يستخدم لتحقيق أهداف العلاج المعرفي للقلق والاكتئاب مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية، ويمكن تعليم هذه التقنيات للمتعالجين لتساعدهم في الاستجابة بطريقة وظيفية أكثر. ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات المعرفية والسلوكية على مستوى الخلل في الأداء الوظيفي للمتعالج، ومهارات المعالج ومدة العلاج وأهداف المعالجة، فالمعالج يشكل طريقته في العلاج تبعاً لنوعية حاجات متعالج معين في وقت معين. وهناك قاعدة تتضمن "أنه كلما زادت شدة الاضطراب الانفعالي بمعنى القلق أو الاكتئاب زادت التدخلات السلوكية وبالعكس كلما انخفضت شدة هذه الاضطرابات زادت التدخلات المعرفية (السقا، 2005).

ويوضح الشكل (1) أدناه تناسب استخدام التدخلات المعرفية والسلوكية تبعاً لشدة اضطراب القلق أو الاكتئاب.



الشكل 1. شدة القلق أو الاكتئاب

أ. التقنيات المعرفية

تستخدم التقنيات المعرفية للحد من عملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكلة، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أن يتدربَ المريض على إيجاد بدائل للأفكار التلقائيۃ السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية، ولكنها تحد من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على حل مشكلته، ومن هذه التقنيات (السقا، 2005) التي استخدمتها الباحثة في هذا البرنامج:

1. مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها. يُكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية/أو المشوهة، إنَ أقوى طريقة لتعريف المتعالج على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في

الاستجابات الانفعالية. أو يمكن أن يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه.

2. الحوارالسقراطي (Socratic Dialogue). ويعدّ من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة ويسمى أيضا الاكتشاف الموجه (Guided Discovery)، وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصروغ الأسئلة لسابرة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا مثل "ماذا تقصدين" " دعينا نتوقف" "هل ترغبين".

3. التخيل (Imagery). يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا تجدي الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في الأسئلة كماً محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي ما زالت موجودة. وقد يتمكن بعض المتعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلاّ أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية، مزعجة أو تسبب انفعالا محددا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالبا ما يرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات.

4. لعب الدور (Role Playing). يكون لعب الدور في أغلبِ الأحيانِ أكثر فائدة من التخيل، وذلك بعد الحصول على وصف وافٍ لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف. وعندها يقوم المعالج بـأداء دور ذلك الشخص بينما يقوم المتعالج بدوره هو ، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل المتعالج دور المعالج.

5. الرسم الكاريكاتيري. عندما لا يستطيع المتعالج تحديد أفكاره يتم الطلب إليه رسم شكل كاريكاتيري حزين (يعبر عن حالته) ويطلب إليه صروغ بعض الأفكار التي تجعل من هذا الشكل حزيناً وكتابتها ضمن المربع الكاريكاتيري، ويتيح مثل هذا للمتعالج تكوين فكرة عمّا يزعجه بالفعل. وتعتمد هذه الطريقة على أسلوب الإسقاط لما في ذاته على الرسم، حيث تكون الأفكار التي يضعها المتعالج في عقل الشكل الكاريكاتيري هي الأفكار التي تستولي عليه.

6. سجل الأفكا ر. هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار التلقائية ويمكن أن يُطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة ، وتسمى كل واحدة منها طبقاً لعدد الأعمدة المطلوبَة. وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج ، وهو إجراء يستخدم غالباً حالما يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية الموجودة لديه والمرتبطة باكتئابه. ويُطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدوّن الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج. ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضاً للكشف عن الأفكار التلقائية، حيث تعدّ هذه التقنية ناتجاً ثانوياً لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بِ "إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟"، وتقود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية التي قد تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة. وي مكن أن يضيف المعالج أو ينقص من عدد الأعمدة بحسب الحاجات النوعية للمتعالج وبقدر فهمه للأفكار التلقائية وللعلاقة بين المعرفيات السلبية والشعور غير السار والسلوك غير المثمر. ويسمى أسلوب الأعمدة الثلاث إذا احتو ى السجل على ثلاثة أعمدة بحيث يقدم العمود الأول وصفًا للحالة، والعمود الثاني قائمة بالأفكار التلقائية، والعمود الثالث الاستجابة الانفعالية. وقد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفاً من خمسة

أعمدة، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً (Daily Record of Dysfunctional Thoughts)، ويرمز له اختصاراً (DRDT).

7. مناقشة الحوار الداخلي. وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميشينبوم في العلاج المعرفي، فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثمّ سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي " إنني عديم القيمة " " أف إنني لست جيدا " " إنني أقل من الآخرين" . وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح . وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه، فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعال ومشلول وخائف ومنعزل عن المشاركة في مسار الحياة الطبيعية. وبسبب النتائج السلوكية والانفعالية السلبية لتفكير المتعالج السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه " إنني عديم القيمة، إنني.......الخ.

8. عداد المعصم (أو المَسْبَحَة). يستخدم لمراقبة الأفكار السلبية وإيقافها، وهو عبارة عن عداد يشبه ساعة اليد له زر يمكن الضغط عليه في كل مرة تمر في عقل المتعالج فكرة سلبية، وفي نهاية اليوم يتم تسجيل العدد النهائي للأفكار، حيث يلاحظ ازدياد العدد في البداية، مع تحسن ملحوظ في تحديد أفكاره، ويستمر ذلك لعدة أيام فسرعان ما يصل العدد الإجمالي إلى الاستقرار لمدة أسبوع أو عشرة أيام ومن ثم سيبدأ في التناقص وهذا يشير إلى أن أفكار المتعالج المؤذية تضعف وتتناقص وسيبدو أفضل لأنه بدأ بالسيطرة على ذاته. إن هذا الأسلوب لا يعد بديلاً لتنحية عشر إلى خمس عشرة دقيقة كل يوم ليدون المتعالج أفكاره السلبية المنحرفة وليجيب عليها.

ب. التقنيات السلوكية

يتمثل الهدف من استخدام التقنيات السلوكية ضمن نسق العلاج المعرفي السلوكي في استخدام أساليب واستراتيجيات سلوكية مباشرة لاختبار التصرفات والأفكار المختلة وظيفياً مثل (العجز، العزلة، الملل، الكسل...الخ)، وذلك من خلال جعل المتعالج يجرب السلوك الذي ما دام يخشاه أو يتجنبه، ما يتيح التحدي المباشر للأفكار القديمة، ومنها (السقا، 2005):

1. **جدولة النشاطات:** ويتم ذلك بأن يطلب المعالج من المتعالج أن يسجل في سجل يومي أو أسبوعي ما قام به في كل ساعة من اليوم، وأن يعطي نسبة لكل فعالية من حيث الإتقان والرضا بمقياس يتراوَح من صفر إلى عشرة، وحينما يقدم سجل النشاط لأول مرة، يُطلب من المتعالج عادة أن يعد سجلاً للنشاطات الأساسية دون محاولة إجراء أي تغيير عليه، وتتم مراجعة البيانات الواردة في جلسة العلاج التالية.

2. **نسبة الإتقان والرضا .** ويتم ذلك بأن يطلب المعالج من المتعالج تسجيل درجة الإتقان والرضا على السجل بمقياس مئوي كلي مؤلف من خمس أو عشر درجات لكل منهما، وهذا ما يساعد المتعالج على الدفع والتحمس نحو إدراك النجاحات الجزئية والدرجات القليلة من المتعة والرضَا.

3. **المقياس المزدوج** . تساعد هذه التقنية في رؤية تفكير المتعالج من منظار مختلف، كما تكشف عن عدم واقعية أفكاره. فالإنسان غالباً ما يضع لنفسه مقاييس ومعايير عالية، غير مشجعة تشعره بالرغبة بالانسحاب والإقرار بالعجز، وذلكَ عكس ما يضعه للآخرين من تسهيلات ومساندة.

4. **المهام المتدرجة.** وتستخدم هذه التقنية عندما يواجه المتعالج عملاً يبدو له صعباً، ويتم ذلك بتجزئة الهدف السلوكي إلى خطوات صغيرة متتابعة، يمكن تنفيذها خطوة واحدة في كل مرة

وصولاً إلى الهدف المرجو . ويُستخدم تعيين الواجبات المتدرجة مع الأشخاص المكتئبين على نحو نموذجي كأسلوب لحل المش كلات. ويمكن لهذه الطريقة التدريجية فضلاً عن الأساليب المعرفية مثل أسلوب طرح الأسئلة السقراطي وتسجيل الأفكار أن تجدد نشاط المتعالج و تركز طاقته بصورة منتجة، وبالتالي تحسّن من مزاجه وترفعه.

5. التدريب على المهارات الاجتماعية . إذا كان اختبار الواقع مهماً، وكانَ بعض المتعالجين يفتقرون إلى مهارات محددة فإن من واجب المعالج مساعدة هؤلاء المتعالجين على اكتساب هذه المهارات، والتي قد تبدأ من إلقاء التحية على الآخرين بالشكل المرغوب حتى التدريب على مهارات الحوار والمحادثة والتواصل.

6. التدريب على توكيد الذات . وتنفع هذه التقنية مع المتعالجين المكتئبين والقلقين، وذلك بالتركيز على التعبير عن مشاعرهم وآرائهم تعبيراً مباشراً وبأسلوب مقبول اجتماعياً. وتساعد التوكيدية على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح عندما يدخل الإنسان في علاقات اجتماعية مع الآخرين، كي لا يكون ضحية لموقف خاطئ من صنع الآخرين ودوافعهم في مثل هذه المواقف.

7. تشتت الانتباه. يعتبر الإلهاء مهارة إزاحة وليسَ منهجاً لتغيير التفكير غير الواقعي، لذلك هو من النشاطات البديلة (مثل الاستماع إلى المذياع، الاستماع إلى الفكاهات، حل كلمات متقاطعة، لعبة رياضية، تسلية ما) التي يمكنها بشكل مؤقت أن تلهي المتعالج عن الأفكار الاقتحامية أو التأملات الاكتئابية أو أية معرفيات أخرى مختلة وظيفياً.

8. استخدام الدعابة. ويتم ذلك عن طريق المغالاة فيما يقوله المريض إلى درجة مضحكة، أو تمرير فكاهة، أو تعليقات فكاهية.

9. مواجهة الواقع . هنالك أحيان لا بد من توسيع بعض التدريبات السلوكية إلى خارج غرفة العلاج. وبإمكان المعالج هنا أن يذهب مع المتعالج إلى موقع الحالات التي يخشاها. فيمكن الذهاب مثلاً إلى موقع تسوق يخشاه . إن التعرض للحياة العملية يمكن أن يربط بين التدريب داخل المجموعة العلاجية وخارجها وبين الواجب المنزلي والخبرة العلاجية في المجموعة.

10. التدريب على الاسترخاء . ويتم ذلك بتعليم المتعالج تمرينات الاسترخاء خلال الجلسة العلاجية، أو تزويده بشريط تسجيل صوتي مناسب له يمكّنه من ممارسة هذه التدريبات لوحده.

11. حل المشكلات. تفيد هذه التقنية المتعالجين الذين يفتقرون لمهارات في حل مشكلاتهم، عن طريق تعليمهم سلسلة من الخطوات تساعدهم على المضي في التفكير في المش كلات والحلول ولمساعدتهم على التأقلم مع مشكلاتهم بطريقة بنّاءة أكثر ويمكن أن يشرح المعالج للمتعالج خطوات حل المشكلات.

التعليم النفسي (Psychoeducation)

تعتبر إستراتيجيات تدخلات التعليم النفسي امتداد للعلاج المعرفي السلوكي وتهدف إلى تعريف المسترشدين بطبيعة الاضطراب وبالمرض وعلاجه وكيف يمكن التعرف على إشارات الانتكاس مبكراً لكي يتم التدخل العلاجي مبكراً. ويُستعملُ التعليم النفسي (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009; McBride, 2012)، لمعالجة العديد مِنْ القضايا العاطفيةِ والسلوكية والصحة النفسية المختلفةِ، ويتضمن ذلك علاجِ الاكتئاب والحزنِ، التمكين، إرشاد الأقران، والتدريب على الإسترخاءِ، وتخفيض الإجهادِ، وإِضطرابات القلقِ، وقضايا الإرتباط والتعلق (Wood, Brendtro, Fecser, & Nichols, 1999).

ويشير الجزء "النفسي" من كلمة التعليم النفسي (Psychoeducation) إلى التشكيلة الواسعةِ مِنْ الأفكارِ والنظرياتِ النفسيةِ التي تستند إليها المنظورات ومهمات البرنامجِ، وممارسات برامجِ التعليم النفسي المُخْتَلِفة، في حين يُشيرُ جزء "التعليمَ" من الكلمةِ إلى التعليم ونماذجِ التَعَلّم التي تشكلُ بشكل كبير المحتوى وممارساتَ برامج التعليم النفسي (Wood et al., 1999). ويُعتَقَدُ عُموماً، بأنه كلما كانت المعرفةَ لدى الشخص حول حالته أكثرَ كلما كانَ الشخص قادراً بشكلٍ أفضل على أَنْ يَعِيشَ مع حالته أَو ويُمْكِنُه السيطرةَ على الأعراض (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009).

وقد نَشأَ التعليم النفسي التطوري عن نظرياتِ عِلْمِ النفْس التطوريِ، ويستند على الفكرةِ أنَ الخصائصِ الإنسانيةِ مثل السلوكِيات، والإدراكات، والعواطف، والحوافز، والاتجاهات والمواقفَ تظهر في المراحلِ الزمنيةِ المتوقّعةِ. وتركز برامج التعليم النفسي التطوري على تَبَنّي قاعدة للهويةِ الذاتية ولإحترامِ وتقدير الذات، بالإضافة إلى تشجيعِ التطورِ الصحّيِ في كافة أنحاء فترةِ الحياة. كما يمكن التركيز أيضاً على تركيبات مثل الإرتباط والتعلق، قلق الانفصال، والعلاقات في هذه البرامج (Wood et al., 1999). وتركز برامج التعليم النفسي المعرفي العاطفي (Cognitive- affective) على مهارات التَفْكير الأساسِية ومهارات التنظيم الذاتي التي تُساعدُ الأفراد في فَهْم تجاربِهم والخبرات التي يمرون بها. وتكون برامج التعليم النفسي هذه مستندة على مبادئِ عِلْمِ النفْس المعرفيِ، وتبنى على البحثِ المتعلق بالإرتباطاتِ بين نشاطِ الدماغِ، والعواطف، والسلوك، وتركز على تعليم مهارات التَفْكير ومهاراتِ المواجهة (Coping) والتعامل المسؤولة عن تنظيمِ هذه العواطفِ والسلوكِيات. بالإضافة لذلكَ، فإنَ الإعتقادات اللاعقلانية والتشويهات الإدراكية تُواجَه ويتم تحديها مباشرةِ، كما تُعلَم مهارات حَلّ المشكلةِ التكيفيةِ، ومهارات التنظيم الذاتي، ومهارات إدارةِ الإجهادِ (McBride, 2012; Wood et al., 1999).

وقد برهنت الدراسات أنَ التعليم النفسي يَكُونَ فعّالاً في معالجةِ العديد مِنْ قضايا التوافق النفسي والاجتماعي عند المسترشدين (Gaynor & Lawrence, 2002; Wang, 1997)، كما أثبتت الدراسات أنَّ تقنياتِ التعليم النفسي تَكُون فعّالة في معالجةِ صعوبات التوافق النفسي والاجتماعية أو أعراض إضطرابات الصحةِ النفسية بنفسِ قدر فعالية المنظورات العلاجّية التقليدية.

وعلى سبيل المثال، فحصت دراسة **ششتمَان وبار-إي وهادار** (Schechtman, Bar-El, and Hadar, 1997)، العواملُ العلاجّيةُ التي نُسبتْ إلى مجموعات التعليم النفسي ومجموعات الإرشاد التقليديةِ. وقد طلبَ الباحثون من المشاركين إدْراج العواملِ العلاجّيةِ التي أسهمت في تحسنهم والتي يُمْكِنُ أَنْ تُكونُ مَنْسُوبة إلى مجموعتِهم، ووَجدَ المُؤلفونُ بأنَ عددَ العواملِ العلاجّيةِ الذي سَمّي مِن قِبل المشاركين لم يكن مختلفاً بدرجة دالة إحصائية عبر مجموعاتَ التعليم النفسي والإرشاد النفسي، ما يشيرُ إلى أنَ كلا النوعين يكونان فعّالين على حد سواء عندما يتعلق الأمر بالقيمةَ العلاجّيةَ.

نموذج مرض السكري وتأثيراته على المريض والأسرة

إنّ مفهومَ "المرض الجدّي أو الخطير" (Serious Illness) يبدو إشكالياً وصعباً جداً، نظراً لأن عبارة "جدّي أو خطير" تمثل نوعاً من التعبيرات الشخصية (Copeland, 2013, p. 3). ويَتفاوتُ المرضُ الجسديُ استناداً إلى قاعدةِ فرديةِ فيما يتعلق بعدد مِنْ الأبعاد، ويتضمن ذلك البدايةِ، المدة، النتيجة، مستوى الإعاقة والعجزِ، ومستوى عدم التأكد (Rolland, 1999) ومن الصعب التّأسيس لتدرج هرمي للجدية والخطورة. وقد استخدمَ العديد الباحثين بشأن المرضِ التعبيرِ "الأمراض المُزمنة " (Chronic Illnesses) والتي تعرّفُها المراكز الأمريكية لضبط ومكافحة الأمراض والوقاية منها (Centers for Disease Control and Prevention

(CDC, 2009، بأنها "الأمراض غير السارية وغير القابلة للإنتقال والتي تطول في المدّة، ولا تُحْل أو تُعالْج تلقائياً، ونادراً ما تُعالجُ بالكامل" (p. 2). وتتراوح هذه الأمراض بوجه عام، ما بينَ أمراض القلب والسرطان والسكري والكلى وتصلب الأنسجة العضلية وأمراض الرئة (World Health Organization WHO, 2005).

وقد وَجدَ عدد مِنْ الباحثين (Faulkner & Davey, 2002; Lewis, Hammond, & Woods, 1993; Steele, Forehand, & Armistead, 1997)، دليلاً تجريبياً على أن طبيعةَ المناخ الأسري ونوعيةَ التفاعلات العائليةِ، التي قَدْ تُجهَدُ بوجودِ حدث المرض المزمن والخطير في العائلة، تساهمْ في التأثير سلباً على الإشتِغال النفسي الإجتماعي (Psychosocial Functioning)، عند الآباءِ المرضى.

ويَفترضُ نموذج **لويس وآخرون** (Lewis, Hammond & Woods, 1993)، بشأن تعامل المريض وأفراد الأسرة مع المرض ومواجهتها له (Family Coping with Illness)، أنّ الأمراضِ المختلفةِ تَرتبطُ بدرجة دالة بمطالب نفسية واجتماعية مختلفةٍ، ويصِفُ النموذج المرض من ناحية هذه المطالب المعيّنةِ، والخصائص الفردية وخصائص الثنائيات والديناميكيات العائلية (Copeland, 2013). وبأسلوب مماثل، يَقترحُ **رولاند** (Rolland 1999) ، منظور إطار الأنظمةِ العائليةِ للمرضِ الوالديِ الذي يصوّر المرض من ناحية خصائصِ المرضِ (البداية، المدة، والنتيجة)؛ والمراحل التطورية للمرضِ، والفرد، والعائلة؛ ومتغيّرات مهمة في عملِ النظامِ العائلي (مثل الحدودِ والأدوارِ). ويَبْدو العديد مِنْ الباحثين مُتفَقَين على صحة المسلّمةِ المشتركة بين هذين النموذجين وهي أن الأمراضُ المعيّنة تُؤثِّرُ على الأفرادِ والعائلات بطرق فريدة، وتكون أهمية هذه التأثيراتِ مُحدَّدة جزئياً بالخصائص الموضوعية للمرضِ موضع الدراسة.

بالإضافة لذلك، يمكن أن يصنّف المرض الوالدي إلى ثلاثة أبعاد من المرض وفقاً لتصنيف رولاند كما يلي : نوع المرض، مرحلة المرض، والمناخ الأسري أو مكوّنات الأداء الوظيفي الأسرِي (Rolland, 1987a & b; Schepers, Ketelaar, Van de Port, Visser-Meily, & Lindeman, 2007). ويختلف المرض الوالدي المزمن اعتماداً على بداية المرض (حادّ أو تدريجي)، مسار المرض (تقدمّي أو ثابت أو مرحلي)، نتائج المرض (مميت، من المحتمل أن يكون مميتاً، طول عمر مخفّض، غير مؤدي للوفاة)، ودرجة الضعف (العجز مقابل عدم العجز).

اضطرابات القلق والاكتئاب

يصل معدل انتشار القلق والأعراض الاكتئابية عندَ مرضى السكري إلى 31 %، ويبلغ معدل انتشار الإكتئاب الرئيسي إلى 11 % بينَ مرضى السكري وأيضاً توجد لدى مرضى الإكتئاب نسبة زيادة في خطر الإصابة بمرض السكري تصل إلى 65%. ويكون الناتج عن كل من مرض السكري والإكتئاب (من حيث المضاعفات، وعدم الإستجابة للعلاج والوفاة) أسوأ في حالة تواجد المرضين سوياً عن تواجد كل منهما على حدة (Moussavi et al., 2007). ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية (Lemma, 1996, p. 7).

ويرَى بَعْض المُؤلفين (Riley, McEntee, Gerson, & Dennison, 2009) بأنّ القلق والاكتئابَ قَدْ ينْجمُ عن الأعباءِ النفسية والاجتماعية و/ أَو التغييرات الكيميائية ال بيولوجية

والعضويةِ المتَعلّقة بمرض السكّري ومعالجتِه. وهذه الفرضيةِ قَدْ تُساعدُ على تَوضيح لِماذا يكون الاكتئاب والقلق موجوداً وأكثرُ شيوعاً لدى المصابين بالسُكرِي مقارنة بعامةِ السكان ومدعوماً بالظاهرة التي فيها يَسْبقُ مرض السكّري نموذجياً بدايةَ حدوثِ اضطراب الاكتئابِ الرئيسي (MDD) (Talbot & Nouwen, 2000).

القلق (Anxiety)

يمثلُ القلق بصفة عامة خبرة انفعالية غير سارة يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، دون أن يستطيع تحديدِ معالمه ومداه أو إمكانية السيطرة عليه تحديداً كافياً أو واضحاً (Lovibond, & Lovibond, 1995a)، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض المظاهر والتغيرات الفسيولوجية مثل ازدياد عدد ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، الغثيان، فقدان الشهية، ازدياد التنفس، الشعور بالاختناق، ازدياد نشاط الغدد العرقية، عدم القدرة على النوم العميق، وقد يصاحب القلق أعراض التوتر العضلي، والإحساس بالتعب العضلي، والازدياد في النشاط الحركي، إلى جانب الشعور العام بعدم القدرة على التنظيم، وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم الفرد به من عمل وعدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة (سمور وكتاني، 2010). كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق (Lovibond, & Lovibond, 1995a).

وللقلق وظيفة تكيفيّة، فعندما يواجهُ الفردِ مصادر القلق من مطالب البيت أو الحالة الصحية المزمنة له أو لفرد آخر في الأسرة، أو يتعرض للصراعات مع الآخرين المهمين كالزوج أو الأبناءِ، فإن الشخص العادي يعمل على التعامل مع مثل هذه الأمور الضاغطة وتدبرها، وهنا يبدو القلق استجابة دفاعية سوية في طبيعتها، إلاّ أنَ القلق عند مرحلة معينة يمكن أن يصل إلى مستوى لا يتناسب مع موضوعه، بحيث يُلحقُ الضرر بالأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي لدى

الشخص ويسبب له كرباً شديداً، وهنَا يكون القلق قد تطورَ ليصبح اضطراباً نفسياً بحاجة للتدخلِ العلاجي (سمور وكتاني، 2010).

ويرى أصحاب المدرسة المعرفية بأن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة لها الدور الحيوي في توليد القلق لديه. وأن اضطرابات التفكير تكون سبباً ملحوظا لأعراض القلق. وتؤكد دراساتهم على وجود علاقة وثيقة بين المعتقدات غير العقلانية والقلق لدى الجنسين الذكور والإناث، وتشير تلك الدراسات إلى أنَ الأفكار الأكثر انتشاراً لدى الإناث هي: الانزعاج لمشكلات الآخرين؛ الاعتمادية؛ تجنب المشكلات. بينما الأفكار الأكثر انتشاراً لدى الذكور هي: لوم الآخرين؛ عدم التسامح تجاه الإحباط (إبراهيم، 1998).

وبالرغم من أنَ بيك ركز في معظمِ أعماله على الاكتئاب إلا أنه "طبَق مفاهيمه المعرفية عن الأفكار التلقائية والتحريفات والتخطيطات المعرفية في تفسير الاضطرابات الانفعالية الأخرى ومنها القلق" (حسين،2007، ص. ص. 36–37). ويرى بيك أن "الاضطرابات الانفعالية تكون ناتجة أساساً عن اضطراب في تفكير الفرد. فطريقة تفكير الفرد وما يعتقده وكيف يفسر الأحداث من حوله كلها عوامل هامة في الاضطراب الانفعالي" (حسين،2007، ص. 37). ويؤكد بيك في أعماله على أن توقع الفرد للأخطار والشرور هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق. فالقلق لديه يتوقف أساساً على كيفية إدراكِ الفرد لتلك المخاطر وتقديره لها. فالفرد في حالة القلق يكون مهموماً أولاً باحتمال تعرضه للخطر أو الأذى. وتكون الفكرة الأساسية التي تهيمن عليه هي وجود خطر داهم يهدد صحته، حياته، أسرته، ممتلكاته، مركزه المهني أو الاجتماعي وغيرها من أنواع التهديدات (السيد، 2001). و"يعتبر التفكير المأساوي من الأخطاء المعرفية الشائعة لدى مرضى القلق، وتعني توقع أسوأ النتائج، إذ أنَ تفكير مريض القلق، يكون منصباً على توقعِ أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف" (حسين، 2007، ص. 37).

فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها للفرد في المستقبل، تجعله دائم التشكك في قدرته على المواجهة والمقاومة، مما يسبب له قلقاً مستمراً. ويعمل ميكانيزم الأفكار التلقائية السلبية المتسم بتوقع دائم للمخاطر على تحريف وتشويه معارف مريض القلق.

وفي هذا الإطار يشير بيك وغرينبرغ (Beck and Greenberg, 1974) إلى أنَ تشويه الفرد لما يرد إليه من معلومات في اتجاه التوقع المستمر للكوارث ينعكس على نظرة الفرد لذاته وللعالم وللمستقبل، وأنَ هناك فروقات بين مرضى القلق والإكتئاب في ارتباطات السكيمات المعرفية، فالأبنية المعرفية التي تتسم بتوقع الفرد للمخاطر والشعور بالتهديد الجسمي والنفسي والاجتماعي يرتبط بالقلق، أما البناء المعرفي المتسم بفقدان الأمل والحزن والتشاؤم والشعور بعدم القيمة وعدم الكفاءة والاتجاه السلبي نحو الذات والعالم والمستقبل، فيرتبط بالاكتئاب. فمرضى القلق يرون أن المستقبل لا يمكن التنبؤ به وأنه حافل بالخطر. كما أنَ الأفكار الملازمة لمرضى القلق تتضمن عادة: عدم الكفاءة والأهلية في الإنجاز؛ نقص ضبط الذات والسيطرة عليها؛ الرفض الاجتماعي؛ تهديدات المرض والإيذاء الجسمي.

ويكون محتوى التفكير في القلق وأعراض القلق الناجمة عنه على النحو التالي (حسين،2007، ص 40): (1) رؤية الذات عرضة للخطر والانتقاد وتبدو في الأعراض التالية: القلق، نقص الثقة بالنفس والتجنب؛ (2) رؤية العالم كمصدر تهديد له وتبدو معه الأعراض التالية: زيادة الاعتمادية، الأعراض التلقائية؛ (3) رؤية المستقبل كشيء لا يمكن التنبؤ به وتبدو معه الأعراض التالية: اضطرابات النوم، فقدان المبادأة، ضعف التركيز، الحذر المفرط.

ومن جانب آخر، قدمَ لازاروس (السيد، 2001) نموذجاً معرفياً للقلق والذي يميز بين عمليتين أساسيتين هما التقويم الأولي والتقويم الثانوي. ويُقصد بالتقويم الأولي تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف أو تحديد الموقف وتقدير مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدته. ويتأثر

التقويم الأولي بنوعين من العوامل هما : العوامل المتعلقة بشخصية الفرد وتشمل اعتقاداته وافتراضاته؛ والعوامل المتعلقة بالموقف وتشمل طبيعة الحدث أو التهديد المتوقع واحتمالات حدوثه. كما ويقصد بالتقويم الثانوي، تقدير الفرد لما لديه من إمكانات وقدرات للتعامل مع المواقف، أي تقييم القدرة الدفاعية على إبطال الخطر واحتوائه، ويتأثر التقويم الثانوي بقدرات الفرد وإمكاناته النفسية أي تقديره لذاته والروح المعنوية التي لديه؛ والجسمية أي صحة الفرد وطاقته على التحمل؛ والإجتماعية أي شبكة العلاقات الإجتماعية وحجم المساندة والدعم المقدم له، وإمكانياته المالية بما فيها من توفرِ المال، الأدوات والتجهيزات (السيد، 2001).

ويوضح الشكل (2) أدناه الأنماط المشتركة للتَفْكير اللاعقلانيِ في القلق والاكتئاب

التعريف	الخطأ المعرفي
يمكن لأحداث أو خبرات سلبية قليلة في حياة الفرد أن تعمم وتصبح قاعدة لاصدار الأحكام التي تؤثر على السلوك المستقبلي.	المبالغة في التعميمِ
مثال متطرّف على المبالغة في التعميمِ الذي فيه بشكل واضح يُضخم الحدث أو الخبرة السلبية بشكلٍ متطرّف، ومثال على ذلك : إذا كان عِنْدي شعور غامر بالقلق، فأنا سَأَفْقدُ كُلّ السيطرة على نفسي وأصبحُ مجنوناً (أَو قد أمُوتُ).	التَفْكير المأساوي
الميل في نشاطاتِ الفرد وعلاقاته الشخصيةِ لتضخيم الخبرات السلبيةِ والتقليل من قيمة التجاربَ الإيجابيةَ.	التعظيم والتَقليل
نوع من التقسيم غير الضروري للنتائج المركّبةِ أَو المستمرة إلى نهايات مُسْتَقْطبةِ، ومثال على ذلك : إمّا أَن أنجحَ في هذا، أَو أنا شخص فاشل كليّة.	تَفْكير الكل أَو اللا شيئ (أسود أَو أبيض، المطلق)
إستعمال التشاؤمِ أَو تجاربِ الفشل السابقةِ للتنبؤ والتوقع قبل الأوان أَو على نحو غير ملائم بحدوثِ الفشل في موقف جديد؛ وتعرفُ أيضاً بقراءةِ الطالع.	إستِباق النتائج
إضفاء الطابع الشخصي وتفسير حدثٍ، حالة، أَو سلوك كمؤشر بارز أَو دال شخصياً على سمة سلبية في النفسِ.	الشخصنَة
يتم التركيز على الأحداث والذكريات، أَو النتائج الغير مرغوبة أَو السلبية، على حساب تَذْكر واستدعاء أَو تَمييز المعلوماتِ الإيجابيةِ أَو المحايدةِ الأخرى؛ في الحقيقة، قَدْ تُهمَلُ معلومات إيجابية أَو يقلل من قيمتها بوصفها تافهة أو ليست ذات علاقة.	التركيز السلبي الإنتقائي الذي يُهملُ الدليلَ والمرشِح العقلي

(الشكل 2) الأنماط المشتركة للتَفْكير اللاعقلانيِ في القلق والاكتئاب

وتركز التدخّلات المعرفية (Friedman, Thase, & Wright, 2008) أولياً على تَمييز وتحديد وتَعديل الأفكار المحرقّة والسكيمات المعرفية الباثولوجية. كما وتعتبر التقنيات

السلوكية المؤدية لزيَادَة التعرّضِ (Exposure)، وزيادةِ النشاط، وتحسّين المهاراتَ الإجتماعيةَ، والتحكم وإدارةَ القلقِ من الأنواع والأشكال العلاجية المفيدةَ، ويُمْكِنُ أَنْ تكمّلَ أَو تضاعفَ تأثيراتَ الإستراتيجياتِ المعرفيةِ. وبنفس الطريقة، يُمْكِنُ أَنْ يُضيفَ المنظور المعرفي عمقاً لنماذجِ العلاج السلوكي بتعليم المرضى كَيفية تمييز وتحديد وتَعديل نقاطِ الضعف لديهم.

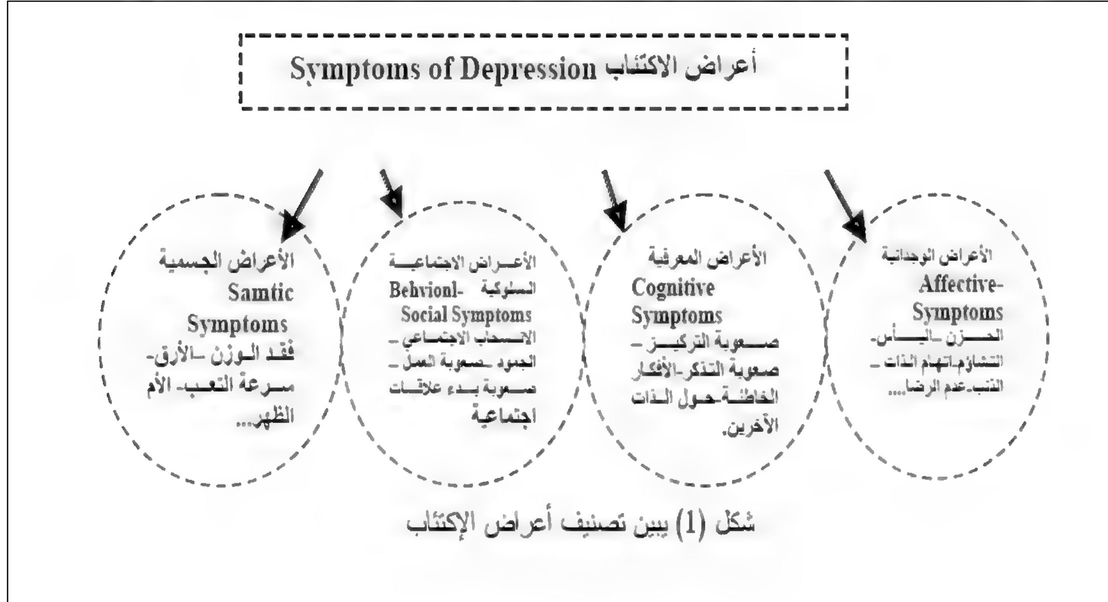
وتعتبر اضطرابات القلقِ المُعَمَّم والخوف المرضي (الفوبيا) الإجتماعيةِ من الأوضاع المشتركة والمتقلّبة، والتي تُعرض في أغلب الأحيان بشكلٍ متزامن مَع اضطرابات الاكتئاب والمحور التشخيصي الثّاني (depression and Axis II disorders). ويشير بيك وآخرون(Beck, Emery, & Greenberg, 1985)، إلى أنَ الأخطاء المنمطة في المنطقِ أي الأخطاءَ الإدراكيةَ والتشويهات الإدراكية تُشكّلُ محتوى الأفكار الآلية لدى الأشخاص القلقين والمكتئبين. وتَتضمّنُ الأمثلة على هذه العملياتِ التلقائية والأنماط المشتركة للتَفْكير اللاعقلانيِ في حالات القلق والاكتئاب(Friedman, Thase, & Wright, 2008, p. 1922): المبالغة في التعميمِ والتَفْكير المأساوي التضخيم والتقليل وتَفْكير الكل أَو اللاشيء وإضفاء الطابع الشخصي (انظر الشكل (2) أعلاه).

الاكتئاب (Depression)

يُعد الاكتئاب نوعاً من أنواع الأمراض العصابية والتي تؤدي إلى استثارة وخلل في وظائف المحور الوطائي–النخامي–الكظري (hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) وهو زمرة معقدة من التأثيرات المباشرة ومن التأثيرات المتبادلة الارتجاعية بين ثلاث غدد صماء وهي الوطاء والغدة النخامية والغدة الكظرية. بالإضافة إلى عدم انتظام في الجهاز العصبي اللاإرادي وإفراز السيتوكينات، والتي تؤدي إلى مقاومة إنتاج هرمون الأنسولين. وعلى

المستوى الجيني للاكتئابِ، يؤدي الخلل الجيني إلى قصور في البرمجة الأيضية ما قد يؤدي ذلك إلى تطور مرض السكري والاكتئاب الذي قد يصل لحدِ الذهان (Psychosis).

ويمثل **الشكل (3)** تلخيصًا لأهم أعراض الاكتئاب، كما وضحه القريطي (1998).



الشكل (3) أهم أعراض الاكتئاب

والاكتئاب هو أحد اضطرابات الوجدان الذي يتميز بسرعة الاستثارة أو فقد الاهتمام أو فقد الاستمتاع في كل الأنشطة أو أغلبها، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل في أغلب ساعات اليوم، تشمل اضطرابات الشهية، وصعوبة التفكير، وتغير الوزن واضطراب النوم وزيادة النشاط الحركي، أو نقصه ونقص الطاقة والشعور بفقد القيمة أو الإحساس بالذنب الشديد غير المناسب، وصعوبة التركيز وتكرار فكرة الموت، أو أفكار أو محاولات انتحارية (حمودة، 1990).

وقد يظهر كعرض خاص في الاضطرابات العقلية أو الجسمية الشائعة كجزء من متلازمة يمكن قياسها بواسطة مقاييسِ تقدير الاكتئابِ (Depression Rating Scales) أو

التشخيص الإكلينيكي في ضوء الأنظمة التصنيفية والتشخيصية المختلفة طبقًا لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV, 1994).

ويعرف بيك (Beck, 1997, p. 6) الاكتئاب بوصفه أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يتسم بخمسة عناصر أساسية:

أولاً: التقلب المزاجي الذي يشمل : الحزن، والشعور بالوحدة، والذنب . ثانياً: مفاهيم خاصة عن الذات تشمل: لوم الذات، انخفاض تقدير الذات. ثالثاً: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل: الرغبة في العزلة، والموت. رابعاً: تغيرات جسمية تشمل: الأرق، وفقدان الشهية، ونقص الطاقة الحيوية . وخامساً: تغير في مستوى النشاط ويشمل القصور والبطء في الاستجابة والأداء.

وتستعرض رابطة الأطباء النفسين بالولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي (DSM IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للإكتئاب هي:

١. ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
٢. الأرق المفرط (Hyper-Insomnia) أو النوم المفرط.
٣. التأخر الحركي النفسي كمشاعر ذاتية من الضجر والتململ أو التبلد.
٤. فقدان الإهتمام أو السرور عند ممارسة الأنشطة المعتادة.
٥. تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
٦. الإحساس بإنعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
٧. الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير أو التركيز غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو التفكك والتردد الفكري.

٨. تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية، والتمني لو كان ميتًا مع محاولات الانتحار.

ويشير بيتش (Beach, 1998) إلى أنَ الاكتئاب يكونُ منتشراً في جميع الطبقات الاجتماعية والأجناس وجماعات الأقلية على حد سواء . وهو منتشر لدرجة أنه يسمى بالأنفلونزا العامة للأمراض العقلية (Common cold of Mental Illness) كما أنَ الاكتئاب يكون على نحو التقريب شائعاً بنسب أعلى بين النساء وضعف شيوعه لدى الرجال. ويرجع ذلكَ للأسباب التالية:

1. التكوين العاطفي للمرأة فقد خلقها الله تعالى لتواكب وظيفتها كزوجة ووظيفتها كأم، تلك الوظائف التي تحتاج إلى تواصل وجداني كبير.

2. خبرات التعلق والفقدان: فالمرأة تبقى دائماً متعلقة بغيرها كأمها وأبيها، ثم زوجها وأبنائها، وبالتالي حين تفقد هذا التعلق فإنها تصاب بالحزن والأسى وربما تصل لدرجة الاكتئاب.

3. التغيرات البيولوجية المتلاحقة فالمرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كيمياء الجسد والمخ، ويزداد هذا الوضع مع الحمل والولادة، كل هذه التقلبات البيولوجية تشكل ضعفا عليها، وبالتالي تهيؤها للإصابة بالاكتئاب.

وقد أفرد بيك (Beck, 1967) في كتابه: *الاكتئاب : النواحي الإكلينيكية والتجريبية والنظرية*، الذي صدرَ عام 1967، فصولاً تتضمن وجود ثلاثة نماذج معرفية أساسية تكوّن الاكتئاب لدى الأشخاص، وهي نظرة الفرد لذاته ونظرته إلى العالم المحيط ونظرته إلى مستقبله. وسمى بيك هذه النماذج بالثلاثي المعرفي (Cognitive triad) وهيَ: أولاً: التفكير بصورة سلبية بالخبرة حيث يرى الفرد أن عالمه الشخصي يتضمن صعوبات كبيرة وأنه لا يستطيع أن يحقق أهدافه في الحياة نتيجة المواقف الضاغطة. ثانياً: نظرة الفرد السلبية لذاته ويعتبر نفسه

منبوذاً وعديم الكفاءة وينزع إلى أن ينسبَ خبراته غير السارة إلى نقص عقلي أو مادي أو خلقي في ذاته وبذلك فهو يعتبر نفسه غير مرغوب فيها ويرفضها بسبب هذا النقص. وثالثًا نظرة الفرد بصورة سلبية لمستقبله، حيث يعتبر أنَ الصعوبات والمعاناة الحالية سوف تستمر ودون نهاية ولا يرى أمامه سوى الإحباط والحرمان والمصاعب.

ويوضح **الشكل (4)** تأثير العناصر المعرفيَة الثلاثة على الوجدان والدوافع لدى المصابين بالاكتئاب (Beck, 1997, pp. 252-256).

النظرة السلبية للذات (Negative view of self)	رغبات تجنبية (Avoidance wishes)
النظرة السلبية للعالم (Negative view of world)	المزاج الاكتئابي (Depressive Mood)
النظرة السلبية للمستقبل (Negative view of future)	رغبات انتحارية (Suicidal wishes) واعتمادية زائدة

الشكل (4) تأثير العناصر المعرفيَة الثلاثة على الوجدان والدوافع

وقد تمَ تطبيق منحى معالجة المعلومات (Information Processing) على نموذج " بيك"، الأمر الذي أدى بدوره إلَى توسيع مفاهيم هذا النموذج، وقادَ لإحداثِ تطور هام في فهم العمليات المعرفية الكامنة في الاكتئاب، كما يتضح ذلك من التحليل التالي (أبو فايد، 2010):

أ. يتصفُ الأشخاص المكتئبون بأن لديهم " شبكات رابطة (Associative networks)، قوية ونشيطة تعمل على ربط الذكريات المتعلقة بالاكتئاب مع بعضها البعض، ويحتمل أن تكون " شبكة الاكتئاب" قد تكونت أصلاً لدى الفرد حينما تعرض لخبرات مبكرة متعلقة بالاكتئاب، أدت بدورها إلى إرساء هذه الشبكة وحفظها في الذاكرة.

ب. يميل الأشخاص المكتئبون، بسبب ما لديهم من شبكات اكتئابية نشيطة، لأن يكونوا حساسين وأكثر انتباهاً للعوامل الباعثة على الاكتئاب من حولهم، ومن ثم فإنهم وفقاً لنموذج معالجه المعلومات، يستخدمون آليات الانتباه الانتقائي في استجاباتهم للمنبهات المختلفة، ومن ثم

يركزون على المعلومات التي ترد إلى الذاكرة الحسية من نوعِ الباعثة على الاكتئاب، والتي ترسل بدورها إلى الذاكرة لرفد وتقوية الشبكة الاكتئابية ودعمها.

ج. ينزعُ الأشخاص المكتئبون إلى استدعاء المعلومات الباعثة على الإحباط، وبالتالي، إذا كانَ لدى الفرد ذكريات اكتئابية أكثر، وكانت لهذه الذكريات صلات ترابطية عديدة بغيرها من الذكريات، فإنه من المرجح جداً أن تُنشّطَ بعض من هذه الذكريات الاكتئابية. ومن شأن تنشيط هذه الذكريات، أن يؤدي بدوره إلى تنشيط الشبكة الكلية المتعلقة بالاكتئاب، وينتج عن ذلك انغمار الفرد بذكريات اكتئابية. ويعني ذلك، أن الأشخاص المكتئبين يستدعون ويجترون باستمرار الأسبابَ القديمَة المثيرَة لاكتئابهم.

الدعم الاجتماعي (Social Support)

يَنْظرُ الأطباءُ لمرض السكّري كإضطراب أيضي يُصاب به بشكلٍ خاص الأفرادِ المَنعْزُلونِ (Diapedia Collective, 2014). ويبدو أنَ مرضى السكري فضلاً عن عزلتهم غالباً ما يتلقون دعما أساسياً قليلاً من أعضاء الشبكة الاجتماعية (Zimmet, 2000) سواء كانوا من الأهلِ أو الأصدقاء. ويمثّل الدعم الاجتماعي السمة الهامة التي يمكن أن تكون عازلة للتوتر والضغوط التي يتعرض لها مرضى السكري وغيرهم من المرضى المصابين بمثلِ هذه الأمراض المزمنة، وذلكَ في المجالات التي ترتبط بطبيعة الأعمال والمسؤوليات العديدة التي يقومون بها وتفرضها طبيعة المرض وأعبائه الخاصة (Frone, Russell, & Cooper, 1991). ويعتقدُ أنه كلما زادَ مستوى إدراك المريض لوجود الدعم الاجتماعي، كلما ارتفعَ لديه الرصيد والقدر الأكبر من الموارد اللازمة للتعامل مع أعباء إدارة العناية الذاتية العلاجية للمرضِ وما يتعلق بالواجبات الأخرى الملقاة عليه والمطلوبة منه وبالتالي كلما زادت القدرة لديه للتفكير في حل المشاكل المرتبطة بتراكم أعباء المرض وغيرها.

ويشمل الدعم الاجتماعي كلاً من الدعم الأسري والدعم والمساندة الاجتماعية، ويمثّل مفهوم الدعم الأسري إدراك الفرد لتوفرِ الدعم الاجتماعي الوارد من مصادر معينة تشمل الزوج أو الزوجة والأبناء والأشقاء، وأفراد الأسرة الممتدة المقربين. أما المساندة الاجتماعية فتمثل تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تساعده عندما يحتاج إليها، والتي تتمثل بالأصدقاء والزملاء في العمل والمساعدين والمختصّين المحترفين والهيئات والمؤسسات الاجتماعية، ويوجد نوعان من الدعم والمساندة الإجتماعية:

- المساندة غير الرسمية: تتمثل بالأهل والأصدقاء والجيران.
- المساندة الرسمية: وتتمثل في الأطباء والمعالجين والمختصين النفسيين والمراكز والمؤسسات الحكومية التي تساند الأسرة في حل مشاكلها (البراك، 2006).

والدعم الإجتماعي هو شعور الفرد بأنه محبوب من الناس ومقدَر وذو قيمة وينتمي لشبكة إجتماعية وبينهما إلتزام متبادل، ويؤثر مدى الرضا عن الدعم الأسري في صحة الفرد النفسية فالأفراد الذين لا تشبع حاجاته المادية والعاطفية عن طريق تلكَ العلاقات قد يظهرون مشكلات وصعوبات في اختيارِ توجهاتهم وحلولِ مشاكلهم، ويصبحون خائفين ومعتمدين على بيئتهم الإجتماعية، كما أن الأفراد الذين لم يشعروا بالدعم من قبل المقربين منهم، لا يترددون في الشعور بشكلٍ سلبي نحو أنفسهم ونحو هؤلاءِ الأشخاصِ المخيبين لآمالهم. ويعد تقديم الدعم في الوقت المناسب واستمراريته من أهم متغيرات الدعم الإجتماعي (Chien-Huey Chang, & Schaller, 2000). كما وتؤثر الشبكة الإجتماعية والدعم الإجتماعي الآتي منها بشكل إيجابي في التكيف النفسي الإجتماعي السليم.

ويستخدم مصطلح الشبكة الإجتماعية للتعبير عن تركيبة العلاقات الإجتماعية المتوافرة للفرد، وأكثر الخصائص التي درست هي حجم الشبكة الإجتماعية وكثافتها والمحتوى الوظيفي

للعلاقات. وحدد هاوس وأمبيرسون ولانديز (House, Umberson and Landis, 1998)، أربعة أنواع من الدعم وهي: العاطفي (ويعني توفر الثقة والتعاطف والمحبة)، والمادي (ويعني المساعدة المادية مثل توفير النقود، والوقت، والخبرة) وتقديم المعلومات (المشورة والنصيحة) والدعم المعنوي (التغذية الراجعة التقيمية).

وتظهرُ الدراسات التجريبيةُ (Miller, & DiMatteo, 2013) ، وجود عِلاقاتَ إيجابيةً ودالةً بين الدعمِ الإجتماعيِ والتمسّكِ بالمعالجةِ بين مرضى السكّريِ. ويُزوّدُ الدعم الاجتماعي مِنْ العائلةِ المرضى بالمساعدةِ العمليةِ ويُمْكِنُ أَنْ يلطفَ من ضغوطات العَيْش مع المرضِ (DiMatteo, 2004). ويروّجُ الدعم مِنْ الأصدقاءِ والعائلةِ للتمسّكِ بخططِ المعالجة الخاصة بمرضِ السكري من خلالِ تشجيع التفاؤلِ وتقديرِ الذات لدى المريضِ، الذي يُمْكِنُ أَنْ يلطفَ من الإجهادَ المرتبط بالمرضِ ويُخفّضُ من قلق واكتئابِ المريض (DiMatteo, 2004).

مشكلة الدراسة

من خلال عمل الباحثة في أحد المراكز الصحية الحكومية في محافظة المفرق في الأردن بوصفها تعمل كممرضة ضمن الفريق الطبي في المركز الصحي الحكومي، وعملها بصورة مباشرَة وإطلاعها على الحالات المرضية التي تراجع المركز بما فيها حالاتِ الأمراض المزمنة والخطيرة كمرض السكري وضغط الدم المرتفع، تبيّن بعد سلسلة من المقابلات العرضية مع هؤلاءِ المرضى من النساءِ المريضات والأمهات بشكلٍ خاص ممن لديهن أطفال، ولديهن مسؤوليات متعددة في أسرهن، أن هذه الأسر تتعرض للعديد من الضغوطات الأسرية المرتفعة بسبب غيابِ الأمهات لفترات طويلة عن أسرهن لتلقي العلاج، وأن الأسرة أصبحت تعيش حالة من الارتباك والفوضى بسببِ تراجع الوضع الصحي وشعور الأم بالقنوطِ والحزن على حالتها وقلقها على وضعها داخل الأسرة وعلى ما يحدث فيها. وقد استنتجت الباحثة أن مثل هذه

الحالات تبدو بحاجة إلى دعم مستمر وتدخلات إرشادية متخصصة لتسهيلِ حياتهن وتحسين مستويات الصحة النفسية خاصة ما يتعلق بالقلق والاكتئاب.

ونظراً لأن أكثر حالات الإصابة بالأ مراضِ المزمنة في الأردن كمرض السكري مثلاً، تنتشر بين النساء وأغلبهن من المتزوجات فـإن ذلك يتوقع له أن ينعكس سلباً على الأسرة من حيث الوظائف الأسرية وديناميكية العلاقات الزواجية والأسرية وعمليات تنشئة الأطفال. وبما أن الوالدين والأمهات بشكل خاص يمثلن غالبية مقدمي الرعاية لأفراد الأسرة وحيث أن إصابة الأم بأمراض خطيرة تمثل مصدراً للقلق والتوتر الحاد داخلِ البيئة الأسرية وخارجها، ما يؤدي إلى تطوير ردود أفعال انفعالية سلبية محتملة لدى المريض والأبناءِ، وأن تلك الردود تتباين تبعاً للإجراءات الطبية المرتبطة بشدة الحالة المرضية ومدى استمراريتها ومستقبل الحالة وتأثيراتها على المناخ الأسري، وأنَ الدراسات أثبتت فاعلية تدخلات العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة من المرضى. فإن مشكلة الدراسة تتمثل في فحص أثر المشاركة في برنامج إرشاد جمعي على عينة من المريضات في الأعمارِ ما بين (35–55) سنة من اللواتي يعانين من مرض مزمن كالسكري وضغط الدم المرتفع وذلك في تحسينِ مستويات القلق والاكتئابِ والدعم الاجتماعي لديهن. ويبرز هذا الوضع أهمية المراكز الصحية والجهاز الإرشادي العامل فيها لمساعدة هؤلاء السيدات المعرضّات لخطر تطوير العديد من المشكلات ومظاهر سوء التوافق النفسي والاجتماعي المرتبطة بعرقلة عمليات الحياة الطبيعية وأدوارهن الموكلة إليهنَ.

ويمكن تحديد السؤال الرئيسي للدراسة على النحو الآتي:

ما أثر برنامج الإرشاد الجمعي في خفضِ مستويات القلق والاكتئاب وتحسين مستوى الدعم الاجتماعي لدى عينة من المرضى الإناث المصاباتِ بمرضِ السكري من النوع الثاني

وضغط الدم المرتفع من اللواتي يقعنَ في الفئة العمرية (35–55) عاماً، ومن المترددات على أحد المراكز الصحية الحكومية في محافظة المفرق في الأردن؟".

أسئلة الدراسة

١. هل يوجد فرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الارشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن اي برنامج ارشادي، على مقياس القلق في الاختبار البعدي؟

٢. هل يوجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياسِ الاكتئاب في الاختبار البعدي؟

٣. هل يوجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياسِ الدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي؟

٤. هل يوجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييسِ الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئابِ والدعمِ الإجتماعي في الاختبار البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفسِ المقياسِ في الاختبار التتبعي؟

فرضيات الدراسة

تسعى الدراسة إلى فحصِ **الفرضياتِ الأربعة** التالية:

– **الفرضية الأولى** : توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية اللواتي طبق عليهن برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط

درجات أفراد المجموعة الضابطة اللواتي لم يطبق عليهن أي برنامج إرشادي، على م قياسِ القلق في الاختبار البعدي.

- **الفرضية الثانية :** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياسِ الاكتئاب في الاختبار البعدي.

- **الفرضية الثالثة :** توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياسِ الدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي.

- **الفرضية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييسِ الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئابِ والدعمِ الإجتماعي في الاختبار البعدي، ومتوسط درجاتهم على نفسِ المقياسِ في الاختبار التتبعي.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها توفرِ نوعاً من التدخّلات الإرشادية المستندة أساساً للمنهج المعرفي السلوكي وخبرات التعليم النفسي المتمثلة ببرنامج الإرشاد الجمعي المصمم لغاياتِ الدراسة الحالية التي قَدْ تضْمَن تحسين مستويات القلقِ والاكتئاب والدعم الاجتماعي عند النساء اللواتي يعانين من مرض مزمن كمرض السكري من النوع الثاني وضغط الدم المرتفع . فالمجموعة الإرشادية سَتَكُونُ مفيدةَ في مُسَاعَدَة هؤلاء السيدات لكي يَتعلّمن إستراتيجياتَ التعامل الفعّالةِ، ويَتعرفن ويَتعلّمن أكثرَ عن المرض، ويُميّزْن ويحددن مشاعرَه ن ويتشاركن في خبراتهن المميزة والخاصة.

وتبرز أهمية الدراسة الحالية في توفير برنامج يتناول المجموعاتِ الإرشادية للأمهات المصابات بمرض مزمن من اللواتي يعبرنَ رحلة مرض السكري الشاقة وهي فئة تعتبر مهملة نسبياً لدى الباحثين ، كما يمكن أن تسهمَ في تطوير أدوات لقياس مدى درجة التوافق النفسي والاجتماعي للمريضات في هذا المجالِ ، إضافة إلى ندرة الدراسات المحلية والعربية المتعلقة بتحسين مستويات القلق والاكتئابِ والدعم الاجتماعي لدى النساءِ الأردنيات المصابات بمرض مزمن ، ويمكن أن تستخدم هذه الدراسة بما فيها من أدوات ومواد وبرنامج لمساندة أفراد أسرِ الأمهات المريضات من قبلِ المرشدين الأسريين العاملين في حقلِ الرعاية الطبية من خلالِ تحسينِ مؤشرات التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاءِ الأمهات المحددة في الدراسة الحالية بمستويات القلق والاكتئابِ والدعم الاجتماعي . ويتوقع أن تساهم هذه الدراسة في رفد المكتبة العربية بخبرات إرشادية تتعلق بمساعدة هؤلاءِ السيدات المريضات وبشكلِ غير مباشر مساعدة أسرِ الأمهات المرضى، خاصة أن الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال تعد قليلة نسبياً وقد تكون معدومة في المجتمع الأردني.

المفاهيم والتعريفات الإجرائية

يمكن تعريف مفاهيم الدراسة بشكل إجرائي على النحو التالي:

1. برنامج الإرشاد الجمعي (Group Counseling): يعرف الإرشاد الجمعي في الدراسة الحالية، بأنه عبارة عن برنامج الإرشادِ الجمعي لخفضِ مستويات القلق والاكتئاب وتحسين مستوى الدعم الاجتماعي لأفراد مرضى يعانون من نفس المشكلة الصحية والنفسية والتي قامت الباحثة بإعداده، المؤلف من (14) جلسة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة تراوحت من ساعة إلى ساعة ونصف. واستندَ برنامج الإرشاد الجمعي في الدراسة الحالية إلى العلاج المعرفي

والمعرفي السلوكي والتعليم النفسي. واستخدم البرنامج استراتيجيات توضّيح التصورات والمفاهيم الخاطئة (Gazda, Ginter, & Horne, 2001)، والتزوّد ببيئة آمنة ومألوفة وثابتة لإبداء والتعبير عن المشاعر والشكوك والمخاوف والآمال. وتركزَ محتوى مواضيع المجموعة حول توضيح الأفكار المغلوطة المتعلقة بالمرض ومعالجته، وتحسين التكيف مع الأدوارِ والمسؤولياتِ الأسرية، بينما تسهّل المجموعة عمليات الاتصال في الأسرة، وتدعم تحسين الشعور بالتمكين والتمييز والتخفيف من مشاعر الحزن والقلق، وتعلّم مهارات التعامل والمواجهة لتحسين أعراض التعاسة.

2. القلق (Anxiety): وهو عبارة عن حالة انفعالية يستدل عليها من مؤشرات العوامل الفسيولوجية والهموم/ والحساسية الزائدة؛ وضعف التركيز. وأيضاً، يمثلُ خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفسيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة إفراز العرق والارتعاش في الأيدي والأرجل، كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق (Lovibond, & Lovibond, 1995a). ويعرّف إجرائياً تبعاً للدرجة التي تسجلها المفحوصة من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات القلق لديها على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية والتي تتراوَح من (صفر–48) درجة.

3. الاكتئاب (Depression): وهو حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد نتيجة الإحساس بالعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتقوقع حول الذات (Lovibond, & Lovibond, 1995a). ويعرّف إجرائياً تبعاً للدرجة التي تسجلها المفحوصة

من أفراد عينة الدراسة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الاكتئاب لديها على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية والتي تتراوَح من (صفر-48) درجة.

4. الدعم الاجتماعي (Social Support): ويشمل الدعم الاجتماعي كلاً من الدعم الأسري والدعم الاجتماعي، ويمثّل مفهوم الدعم الأسري إدراكات الفرد للمساندة والدعم الاجتماعي الواردة من مصادر معينة تشمل الزوج/الزوجة، وأفراد الأسرة الممتدة، والآباء وآباء الأزواج والأقرباء أما الدعم الاجتماعي فيمثل تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تساعده عندما يحتاج إليها، والتي تتمثل بالأصدقاء والمساعدين والمختصّين المحترفين والهيئات والمؤسسات الاجتماعية (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). ويعرّف إجرائياً بأنه مجموع الدرجات التي تسجلها المفحوصة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، والتي تتراوح من (12-60) درجة.

5. مرضى السكري وضغط الدم المرتفع : وهم عينة السيدات اللواتي شخصنَ بـالنوعِ الثاني من مرض السكري وضغط الدم المرتفع وليسَ لديهن أمراض أخرى حسبِ التشخيص الطبي لهنَ من قبل الفريق الطبي العامل في المركز الصحي الذي يترددن عليه في المفرق، ومستقبل المرض لديهن لا يهدد حالياً بالوفاة، ويراجعنَ بصورة مستمرة مركز المفرق الصحي الشامل، وحصلن على موافقة الطبيب المشرف على الحالة للمشاركة في البرنامج، وهن اللواتي وافقنَ خطياً على المشاركة في الدراسة وأبلغنَ عن مستوياتٍ مرتفعة من القلقِ والاكتئاب ونقصِ الدعم الاجتماعي.

6. مرض السكري. ويقصد به في الدراسة الحالية النوع الثاني من مرض السكري الذي يعتبر اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب. وهو اضطراب استقلابي يتميز بارتفاع معدّل السكر في الدم

في سياق مقاومة الأنسولين ونقص الأنسولين النسبي (Vijan, 2010). وهو على النقيض من النوع الأول من مرض السكري الذي يتصف بنقص الأنسولين المطلق بسبب تدمير خلايا الجزر في البنكرياس. والأعراض الكلاسيكية له هي العطش الزائد، كثرة التبول والشعور المتواصل بالجوع. ويشكل السكري من النوع الثاني حوالي 90% من حالات مرض السكري وترجع النسبة المتبقية 10% بشكل أساسي إلى مرض السكري من النوع الاول وسكري الحمل. ويعتقد أن السمنة هي السبب الرئيسي للسكري من النوع الثاني لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي لهذا المرض.

7. **مرض ضغط الدم المرتفع (Hypertension):** هو زيادة قوة دفع القلب للدم، أو زيادة حجم الدم، ويكون الارتفاع في مستوى ضغط الدم أكبر عند زيادة مقاومة الأوعية الدموية لسريان الدم فيها، نتيجة ضيق الأوعية أو تصلبها. ويطلق عليه فرط ضغط الدم الرئوي (Pulmonary Hypertension) وهو ارتفاع ضغط الدم في الشريان الرئوي أو الوريد الرئوي أو الشعيرات الرئوية، ما يؤدي إلى ضيق النفس والدوار والإغماء وأعراض أخرى وكلها تتفاقم مع ازدياد المجهود الجسدي (Simonneau et al., 2004). ولا بد من الإشارة إلى وجود علاقة قوية بين مرض السكري وإرتفاع ضغط الدم، فنسبة 30 % من المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون من مرض السكري و60-70% من المصابين بمرض السكري يعانون من ارتفاع ضغط الدم.

حدود الدراسة

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً للخصائص الديموغرافية والصحية لأفراد عينة الدراسة من السيدات المسجلات المريضات بمرض السكري النوع الثاني وضغط الدم المرتفع من المترددات على مركز المفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق، من الفئة العمرية

(35–55) سنة، ممّن تبيّن أنهن يعانين من ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب ونقصِ الدعم الاجتماعي. وتتحدّد إمكانيّة تعميم نتائج الدّراسة الحاليّة أيضاً، تبعاً للخصائص السّيكومتريّة للأدوات المستخدمة في الدّراسة، والتي استندت إلى أسلوب التقرير الذاتي بالإضافة إلى طبيعة وظروف ومدة تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية والتي امتدت خلال الفترة الواقعة من يوم الاثنين 1/5/ 2015، وحتى يوم الأربعاء الموافق 2015/6/1.

الفصل الثاني

أولاً: الدراسات السابقة التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي وصعوبات نفسية أخرى لدى المرضى المُصابين بالسكري وضغط الدم المرتفع وأمراض مزمنة أخرى

ثانياً: الدراسات السابقة التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسين القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي وصعوبات نفسية أخرى لدى عينات متنوعة من الأفراد

ثالثاً: الدراسات السابقة التي فحصت الاضطرابات النفسية والسمات المميزة للمرضى المُصابين بالسكري وضغط الدم المرتفع وأمراض مزمنة أخرى

رابعاً: تلخيص وتعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

لقد تناولت البعض من الدراسات السابقة مشكلات المرضى المصابين بأمراضٍ جسدية مزمنة، وركزَ معظمها عموماً على قضايا التوافق النفسي والاجتماعي لدى هؤلاء المرضى من المصابين بمرض مزمن. ويُلاحظ أنَ أمراض السكري بأنواعها وبشكلٍ خاص قد حظيت باهتمام كبير. وبالرغم من ذلكَ، يكشف البحث والمراجعة الشاملة للأدبِ النفسي عن أنَ القليل فقط من هذه الدراسات سعت للتحقّق من أثر برامج الإرشاد الجمعي مع عينات من النساء في الدولِ العربية بما في ذلكَ الأردن، من اللواتي يعانينَ من أمراض مزمنة متنوعة بما فيها السكري وضغطِ الدم المرتفع، وأنَ عددَ المنشوراتِ التي تَركز على التدخّلاتِ التي تستهدف مُسَاعَدَة فئة النساء المريضات بشكل مزمن في البيئات العربية ما زالَ محدوداً. وتبين أيضاً، في حدود علمِ الباحثة، افتقار الأدب النفسي العربي للدراسات التي استهدفت فحص أثر برامج الإرشاد الجمعي في تحسينِ مستوياتِ القلق والإكتئابِ والدعمِ الاجتماعي وخاصة على المستوى المحلي، وتحديداً، دور برامج الإرشاد الجمعي في تحسين مستوياتِ القلق والإكتئابِ والدعمِ الاجتماعي لدى عينة من المريضات من المصابات بمرض مزمنٍ كالسكري وضغط الدم المرتفع، وممن يفتقرنَ لفرصِ الاستفادة من الخدمات النفسية واللواتي يعشن في بيئات محدودة الإمكانيات كمدينة المفرق في الأردن.

تم في هذا الفصل عرض لبعض الدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة من الوصول إليها والتي أجريت في مجال برامج الإرشاد الجمعي مع عينات من المرضى المصابين بمرض

مزمن ومنها السكري وضغط الدم المرتفع الذي يعتبر من الأوضاع المصاحبة لمرضِ السكري، وأيضاً التي أجريت للكشفِ عن خصائص المرضى المُصابَين بالسكري وأمراض مزمنة أخرى بوجه عام، ومن ثم تلخيص وتعقيب على مجمل الدراسات السابقة تلك.

أولاً: الدراسات السابقة التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في خفضِ مستوياتِ القلق والاكتئاب وتحسينِ الدعمِ الاجتماعي وصعوبات نفسية أخرى لدى المرضى المُصابين بالسكري وضغط الدمِ المرتفع وأمراض مزمنة أخرى

بالرغم من أن بعض الدراسات استخدمت مكون التعليم النفسي الجمعي عن السكري ممزوجاً بالعلاج الفردي وليسَ الجمعي، إلا أنه تم إدراجها بسبب مكون التعليم النفسي والذي استندت الدراسة الحالية أيضاً لاستخدامه، فقد قامَ لستمان وغريفث وفريدلاند وكيسل وكلوز (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, and Clouse, 1998)، من جامعة شيكاغو بأمريكا، بإجراءِ دراسة بعنوان *"العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب في النوعِ الثاني من مرضِ السّكري: تجربة عشوائية مضبوطة"*، على عينة (ن=51) من المرضى بالنوعِ الثاني من مرض السكّري والاكتئاب الرئيسي. وتم توزيع المرضى إما إلى المجموعة التجريبية (ن=25) التي شاركت في برنامج تعليمي عن مرض السكرِي، وتلقتْ العلاج النفسي المعرفي السلوكي بالصيغة الفردية لمدة (10) أسابيع، أَو إلى المجموعة الضابطة (ن=26) التي لم تتلقْ أية معالجةِ ضدّ الاكتئاب. وقد تم قياس درجة الإكتئاب بإستعمال قائمة بيك للاكتئابِ. وقُيّمتْ النتائج مرتين فوراً بعد المعالجةِ وبعدَ مرورِ ستة أشهرِ بعد المعالجةِ. وأشارت النتائج في القياسِ البعدي إلى أنَ النسبة المئوية مِنْ المرضى الذين أبلغوا عن تناقص مستويات الإكتئاب، في مجموعةِ (CBT) مِقارنة بالمجموعة الضابطة كَانتْ أكبر بدرجة دالةَ، حيث تحسنَ 85.0% مِنْ المرضى في مجموعةِ (CBT) (17 من أصل 20) مقَارنَة مَع 27.3% مِنْ المجموعة الضابطةِ (6 من

أصلِ 22). وفي قياسِ المتابعةِ، أنجزَ 70.0% مِنْ المرضى في مجموعةِ (CBT) (14 من أصلِ 20) مقَارنَة مَع 33.3% مِنْ المجموعة الضابطة (7 من أصلِ 21) تراجعاً دالاً في مستوياتِ الإكتئابِ (*مع مراعاة أنَ أعداد المرضى اختلفت نظراً لأنَ بعض المرضى لم يكملوا إجراءات القياس*). ويستنتجُ الباحثون بأنّ مزيجاً من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتعليم الجمعي عن مرض السكّري، يعد نوعاً من المعالجة الفعّالة للاكتئاب الرئيسي عند المرضى بالنوعِ الثاني من السكّرِي.

وفي هولندة، قامَ سنوك وفان دير فين ولوبَاش (Snoek, Van der Ven, and Lubach, 1999)، بإجراء دراسة بعنوان"*التدريب الجمعي المعرفي السلوكي للمرضى ضعيفي السيطرة على النوعِ الأولِ من مرض السكّرِي: منظور التعليم النفسي*". وقد طبق برنامج التدريب الجمعي المعرفي السلوكي (CBGT)، على عينة الدراسة المؤلفة من أربع وعشرين (ن= 24) مريضاً هولندياً بمتوسط أعمار بلغَ (35.2 سنةً) منهم 9 ذكورٍ، و15 أنثى، ممن تم توزيعهم على أربع مجموعاتِ. ولتَقيِيم الجدوى العملية وتأثيرِ هذا التدخّلِ، تم تطبيق قياسات قَبْلَية وما بَعْدَ المشاركة في البرنامج التدريبي، وفي المتابعة ما بعد (3) و(6) شهورِ لتقييمِ التغييراتِ بعد إكْمال التدخّلِ، وتضمن ذلك مقاييس نفسية واجتماعية مُخْتَلِفة مثل العافية النفسية وحالة السواء العامة على كلٍ من إستبيان (Well-Being Questionnaire [WBQ])، وقائمة نشاطات العنايةِ الذاتيةِ وصعوبات التعامل مع مطالبِ مرض السكّري. وقد قُرّرتْ الجدوى العملية طبقاً لعدد من القوائمِ المختلفةِ، مثل نسبةِ الاستجابة والحضور والسمات اللوجستية والتكلفة وتقييمات المدرّبين ورضا المريض. وقد أشارت نتائج القياس البعدي إلى أنَ العلاج (CBGT) كانَ مجدياً بمعنى أن المرضى حَضروا جميع الدروس وأكملوا البرنامجَ. و لم يترك العلاج سوى مريض واحد فقط خَرجَ بعد الجلسة الأولى. وأيضاً، قام معظم المرضى عموماً بأداءِ واجباتهم البيتي، وعلى مِقياس

تراوح من 1 (سيّئ جداً) إلى 10 (ممتاز)، حيث قدّرَ المرضى برنامج (CBGT) عموماً بأنه كانَ جيّد جداً (م=7.6)، بالتقديراتِ الأعلى التي كانت للجلسة الأولى (التي كانت ع ن مبادئ (CBT) فيما يتعلق بمرض السكّرِ ي). وقيم أكثر من نصف المشاركين أنَ طول البرنامجِ (4 أسابيعِ) كانَ قصير اً جداً . وأشار أغلب المشاركين إلى أنّهم استثمروا تماماً الكمية الصحيحة للوقتِ في تأدية واجبهم البيتي . واعتبر المرضى أنَ تبادل الخبرات بين المشاركين في جلسات برنامج (CBGT) وممارسة مبادئ (CBT) في حياتِهم اليوميةِ كَانَ مفيدَاً جداً لهم. وأخبرَ معظم المرضى أنهم أَصْبَحوا منخرطين بشكل نشيط أكثر في إدارةِ مرض السكّرَ ي كنتيجة لمشاركتهم في البرنامج. وأشارت نتائج القياسات البعدية والتتبعية لفعالية المشاركة في البرنامج التدريبي على جميع مقاييس الدراسة عموماً.

وفي هولندة أيضاً، قامَ سنوك وفان ديرفين ولوبَاش وتشارتو وأدير وهيني وجاكوبسون (Snoek, Van der Ven, and Lubach, Chatrou, Ader, Heine and Jacobson, 2001)، بإجراء دراسة بعنوان" *تأثيرات التدريب الجمعي المعرفي السلوكي على المرضى البالغينِ المعتمدين على الأنسولينِ ضعيفي السيطرة على النو ع الاول من مرض السكّريِ: دراسة أولية* ". حيث طوّرَ الباحثون برنامجاً للتدريب الجمعي المعرفي السلوكي (CBGT)، ومدته (12) أسبوعاً للمرضى بالنوعِ الاول من مرض السكّر ي، لمُسَاعَدَتهم على التغلبِ على الإعتقاداتِ والمواقفِ السلبيةِ نحو مرض السكّرِ ي ولتحسين سلوكَ العنايةِ الذاتيةِ لديهم. وتمَ تطبيق البرنامج في مجموعاتٍ صغيرةِ (ن= 6–8) م ن قِبل فريق ضمَ مختصين في تـمر يض مرض السكّرِ ي وأخصائيين نفسيين. واستخدمَ الباحثون مع عينة المرضى (ن=28) في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مقاييس الضِيق النفسي المتعلّق بمرض السكّرَ ي (Diabetes-related emotional distress (PAID)، والإعتقاداتِ والمواقفِ السلبيةِ نحو مرض السكّرِ ي والعافية النفسية

(WBQ-12) وجلوكوز الهيموغلوبينَ (HbA1c). كما وثّقَ الباحثون ال تغييرا تِ على قائمة نشاطاتِ العنايةِ الذاتيةِ الخاصة بالسكري (DSCI) سويّة مع الموانعِ المدركةِ وذلك على استبيانِ مرض السكّرِ ي (BDQ) ومسحِ الخوف من نوبات انخفاض سكر الدم (Fear of hypoglycaemia survey (HFS). وأشارت نتائج القياسات البعدية والتتبعية إلى فاعلية العلاج حيث تحسنت في القياسِ البعدي مؤشرات العافية النفسية، وتراجعت مستويات نسبة الهيموغلوبينِ السكري (glycosylated hemoglobin)، كما احتفظ المرضى في قياسِ المتابعة بعد (6) شهورٍ بمستويات التحسن على مقاييسِ العافية النفسية المستخدمة في الدراسة عنْ ما كانَ عليه في الخطّ القاعدي، بينما تراجعَ (HbA1c) بمقدار 0.8%.

وفي الصين، أجرت مجموعة من الباحثين (Chen, Lu, Chang, Chu, & Chou, 2006)، دراسة بعنوان" *تقييم تأثير العلاج الجمعي المعرفي السلوكي على اكتئاب المرضى وتقدير الذات لديهم*"، وتَضمّنتْ هذه الدراسةِ الطوليةِ (26) مريضاً صينياً بأمراضٍ جسدية مختلفة تم إشراكهم في المجموعةِ التجريبية التي تلقت (12) جلسة أسبوعية مِنْ العلاج الجمعي المعرفي السلوكي، و(25) مريض في المجموعة الضابطة للمقارنةِ. وقد طُبقَ مقياس ا الاكتئاب وتقدير الذات على جميعِ المشاركين بقياسات قبلية وبعدية ومتابعة، وذلك قبلَ أسبوعين من بدء الدراسةِ، وفوراً عند إكمالِ العلاجِ، وبعدَ شهر لاحقاً، على التوالي. وأشارت نتائج القياس البعدي إلى أنَ المرضى في المجموعةِ التجريبية سجلوا تحسيناتِ إدراكيةِ أعظمِ (وبمعنى آخر: التخفيف من الاكتئاب، وزيادة تقديرِ الذات) بدرجة دالة مُقارنة بالمرضى في مجموعةِ المقارنةَ. كما بَقيتْ أعراض الاكتئابِ ومستوى تقدير الذات متحسنة بعض الشّيء لدى أفراد المجموعة التجريبية في قياسِ المتابعة بعد شهر واحد بَعْدَ إكمال العلاجِ، وبدرجة دالة أفضل مِنْ أفرادِ المجموعةِ المقارنةَ.

وأجرَت روسيلو وجيمنز-تشافي (Rossello and Jimenez-Chafey, 2006) دراسة بعنوان *"العلاج الجمعي المعرفي السلوكي للإكتئابِ عندَ المُراهقين المصابين بمرض السكّري: دراسة استطلاعية"*، وذلكَ لمُعَالَجَة أعراضِ الإكتئابِ وتحَسّينْ السيطرةَ على الجلوكوز عند عينة من المُراهقين البورتوريكيينِ المصابين بمرض السكّرِي. وقد شارَكَ أحدَ عشرَ (11) مُراهقاً بعمرِ 13-16 عاماً، مريضاً بالسكرِي في تدخل العلاج الجمعي المعرفي السلوكي (CBT) المؤلف من (12) جلسةٍ. وتمَ تقييم مؤشرات تأثيراتِ فعالية البرنامج الإرشاد الجمعي على مقاييس: أعراض الاكتئاب والقلق واليأس وتقدير الذات ومفهوم الذات، والكفاءةَ الذاتيةَ في ضبط مرض السكّري، والعنايةِ الذاتيةِ والسيطرةَ على جلوكوز الدم في القياسات القَبْلَية والبعدية باستعمال أدوات التقريرِ الذاتي ومقياس جلوكوز الهيموغلوبينِ. وأشارت نتائج القياس البعدي إلى أنَ أعراض الاكتئاب والقلق، واليأس وتقدير ومفهوم الذات والكفاءة الذاتية لإدارة علاج مرض السكّري تحسنت بدرجة دالة بعد التدخّلِ، لكن تبينَ عدم وجود تغييراتَ دالةَ في السيطرةِ على الجلوكوز أَو سلوك العنايةِ الذاتيةِ.

وفي الأردن، هدفت الدراسة التي أجرتها التميمي (2006) بعنوان" *فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرض الفشل الكلوي المزمن*"، لفحصِ فاعلية برنامج تدريبي لخفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن في الأردن. وقد تألفت العينة (ن=30) من مرضى الفشل الكلوي المزمن من الجنسين، وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس التكيف النفسي لمرض الكلى ومقياس سبيلبيرجر للقلق ومقياس بيك للاكتئاب قبل تقديم البرنامج وبعده وفي قياسِ المتابعة. وقد أشارت النتائج إلى نجاح البرنامج التدريبي حيث تحسن مستوى التكيف النفسي لدى المجموعة التجريبية

وانخفض مستوى القلق والاكتئاب لديها وبدرجة دالة إحصائياً بالمقارنة مع المجموعة الضابطة في القياس البعدي. كما احتفظَ المشاركون في المجموعة التجريبية بالمكاسب العلاجية في القياسِ التتبعي.

وفي ألمانيا، أجرَى سايمون ونواروتكي وفريسِ وبروك وشوتنفبلد–ناور وهان وشربوم وكروس (Simson, Nawarotzky, Friese, Porck, Schottenfeld-Naor, Hahn, Scherbaum, and Kruse, 2008) ، دراسة بعنوان"*تدخّلات العلاج النفسي للتقليلِ من أعراضِ الاكتئابِ لدى مرضى السكري المصابين بمتلازمةِ القدمِ السُكّريةِ*"، حيث تمَ توزيع ثلاثين (ن=30) مريضاً ألمانياً مصاباً بمتلازمةِ القدمِ السُكّريةِ والاكتئاب، عشوائياً على إما مجموعةَ التدخّلِ (ن= 15) باستخدامِ العلاج النفسي الداعِم، أو المجموعة الضابطة (ن=15) التي تلقت المعالجةِ الطبيةِ فقط. وأكمل المرضى مجموعة من الإستبيانات لقياسِ متغيّراتِ القلق والاكتئاب والمشاكل المتعلقة بمرض السكّري، وذلكَ في القياس القبلي والبعدي بعدَ انتهاءِ المعالجةِ. وأشارَت النَتائِج إلى أنه وبالرغم من أنَ أعراض متلازمةِ القدمِ السُكّريةِ تَحسّنتْ بشكل دالٍ عندَ (75%) مِنْ المرضى، إلاّ أنَ أعراضِ القلقِ والاكتئابِ عندَ المجموعة الضابطةِ لَمْ تَنْقصْ عند نهاية المعالجة. وعلى النقيض من ذلك، تبينَ أنَ أعراضِ القلقِ والاكتئابِ والمشاكل المتعلقة بمرض السكّري عند المرضى في مجموعةِ التدخّلَ، تراجعت جميعها في القياسات البعدية مقارنة بالقبلية.

وفي سويسرَا، أجرَى ستيفيل وباحثون آخرون (Stiefel, Zdrojewski, Bel Hadj, Boffa, Dorogi, So, Ruiz, and De Jonge, 2008)، دراسة بعنوان "*تأثيرات التدخّلات النفسية المتعدّدة الأوجه التي استهدفَت حالاتِ المرضِ المركّبِ طبياً: دراسة تجريبية عَشوائية مضبوطة*" ، حيث تمَ اختيارِ (247) مريضاً سويسرياً بالسكري والروماتيزم من المصابين بأمراضِ مركبة، وتوزعوا عشوائياً إما إلى مجموعة التدخلِ (ن= 125؛ منهم 84 مريضاً بالروماتيزم و 41

مريضاً بمرض السكّري) أو مجموعة العناية التقليدية (ن= 122؛ منهم 78 مريضاً بالروماتيزم و44 مريضاً بالسكّري). وقد تمَ تطبيق برنامج العلاج التدخّلي المتعدّد الأوجه مِن قِبل ممرضة نفسيةٍ و/ أو طبيب نفسي. وطبقت على المرضى مقاييس الإكتئاب والأعراض الإكتئابية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة النفسية والجسدية، و معدل استخدام خدمات الرعاية الصحية ومستوى السكر في الدم، في القياسات القبلية والتتبعية بعدَ أربع فترات زمنية (3، 6، 9، و12 شهر) من التدخل العلاجي. وأشارَت النتائج في القياسِ البعدي التتبعي إلى أنَ شيوعِ الاكتئابِ الرئيسي في مجموعةِ التدخّلَ تراجعَ مِنْ 61 % (في القياسِ القبلي) إلى 28% (في التتبعي بعدَ سنة)، وبَقى مستقرّاً في مجموعة العنايةِ التقليدية (57% في القبلي إلى 50 % في التتبعي بعد مرورِ سنة). ومقَارنَة بالمجموعة الضابطة، لوحظَ وجود تحسن دال بمرور الوقت في مجموعةِ التدخّلَ فيما يتعلق بأعراضَ الاكتئابِ والفهم للصحة الجسدية والنفسية ونوعية الحياةِ. ونزعتْ التأثيراتُ إلى أن تكون أقوى عند مرضى السكّري، والمرضى بالاكتئاب الرئيسي والمرضى بمستويات معتدلة من الاكتئابِ. وأخيراً، سجلت مجموعةِ التدخّلَ مراجعات وإدخالات أقل للمستشفى، وبدرجة دالة إحصائياً للفترةِ ما بينَ (6 و9) شهورِ مِنْ قياسِ المتابعةِ.

وفي هولندة، أجرَى فان باستلار وبوَر وكيوجبرز وتوسك وسنوك (Van Bastelaar, Pouwer, Cuijpers, Twisk, and Snoek, 2008)، دراسة بعنوان "*العلاج المعرفي السلوكي بواسطة الإنترنت (W-CBT) للمرضى المصابين بالسكّري والاكتئابِ في آن واحد : تصميم تجربة عَشوائية مضبوطة* "، على عينة تكونت من (255) بالغاً مريضاً بالسكري من المصابين بأعراضِ اكتئابية مرتفعةِ. وقد أجريت تقديرات النتائج في الاختبارات القبلية وبعد المعالجةِ، وفي قياس المتابعةِ بعدَ مرورِ شهر واحد. وأشارت النتائج إلى أنَ العلاج المعرفي السلوكي على الإنترنت (W-CBT) كَانَ فعّالاً في تَخفيض الأعراضِ الاكتئابية بدرجة دالة في

القياسات البعدية والتتبعية. وبلغَت نسبة التحسن السريري (41%؛ 56%) في القياس البعدي والتتبعي على التوالي، كما خفّضَ التدخّلُ من مستويات الضِيقَ النفسي المرتبط بمرض السكّرِي بدرجة دالة في القياسات البعدية والتتبعية.

وقامت أبو فايد (2010) بدراسة بعنوان" *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي*"، وقد تكونت عينة الدراسة من (30) سيدة فلسطينية يعانين من مرض الفشل الكلوي تم تقسيمهن إلى المجموعة التجريبية التي تلقت جلسات برنامج الإرشاد الجمعي والمجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج الإرشادي، وقد طبق على المجموعتين مقياس بيك للاكتئاب وذلك قبل وبعد تطبيق البرنامج ، كما وتم تطبيق المقياس بعد شهر من انتهاء البرنامج وذلك لمعرفة مدى استمرارية تأثير البرنامج على المجموعة التجريبية . وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة في انخفاضِ الإكتئابِ بينَ المجموعة التجريبية والضابطة في القياسِ البعدي لصالحِ المجموعة التجريبية، كما تبينَ عدم وجود فروق بين القياس البعدي والمتابعة لدى المجموعة التجريبية في مستوى الاكتئاب أيضاً، ما يدلْ على فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم والتي اتسمت بالاستمرارية بعد شهر.

وفي شيكاغو بأمريكا، أجرَى بنكوفر وفرانس ومَمبي وبيرن وإمانويل وهاريسون وديازو–أرفيزو ولستمان (Penckofer, Ferrans, Mumby, Byrn, Emanuele, Harrison, Durazo-Arvizu, and Lustman, 2012)، دراسة بعنوان" *التدخل بالتعليم النفسي (سويب) للنساءِ المُكْتَئباتِ المريضات بالسكري*". وقد تمَ في هذه الدراسة، تطبيقِ برنامج علاج جمعي لمعالجةِ الاكتئابِ يستند على مبادئ العلاجِ المعرفي السلوكي المطوَّرَ للنِساءِ المريضات بالنوع الثاني من مرض السكري، لفَحْص فاعلية برنامج "دراسةَ عواطفِ النِساءِ وتقييمِ التعليم النفسي الجمعي (Study of Women's Emotions and Evaluation of a

Psychoeducational (SWEEP)، في تحسين مستويات الاكتئاب والقلق والتعبير عن الغضبِ . وقد توزعت مجموعة (ن=74) من النساءِ الأمريكيات المريضات بالسكري والمشخصات بالأعراضِ المرتفعةِ جداً من الإكتئابِ (حسب درجاتهن البالغة (16) درجة على مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD)، عشوائياً إلى مجموعات السويب (ن=38) أو الرعاية العادية (ن=36). وأشارَت النتائج إلى أنَ مجموعة السويب كَانَت أكثرَ فعّالية بدرجة دالة إحصائياً في القياسِ البعدي مِنْ مجموعة العلاج العادي في تَخفيض الاكتئاب (متوسط الفروق 15 مقابل 7)، وانْقاصِ سمة القلقَ (متوسط الفروق 15 مقابل 5)، وتحسّينِ مستوياتِ التعبير عن الغضبِ (متوسط الفروق 12 مقابل 5).

وفي الجزائر، هدفت دراسة بكيري (2012) التي أجريت بعنوانِ "*أثر برنامج معرفي سلوكي في علاجِ بعضِ الأعراضِ النفسية لدى المراهقين* المصابين بالسكري"، لفحصِ مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي بالعلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين من مرضى السكري في الجزائرِ وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض أفكار اللاعقلانية واليأس لديهم. وتكونت عينة الدراسة (ن=16) طفل من المترددين على إحدى العيادات الخارجية الخاصة بمرضى السكري في الجزائرِ وفي المرحلة العمرية من (12-16) سنة، ممن يعانون من الاكتئاب وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي. وقامت الباحثة بتوزيعهم لمجموعتين تجريبية (4 ذكور، 4 إناث)، تتلقى برنامج العلاج المعرفي السلوكي وضابطة (4 ذكور، 4 إناث) لا تتلق أي تدخل. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، فقد تبينَ وجودِ فروق دالّة علَى مقاييسِ الاكتئاب واليأس وتقدير الذات، المهارات الاجتماعية، وفي كمية وعدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم لدى أفرادِ المجموعة التجريبية ما بينَ القياس البعدي

والقبلي لصالحِ البعدي، كما تبينَ وجود فروق دالّة بين المجموعة التجريبية والضابطة على نفسِ المقاييسِ لصالِح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالّة ما بينَ القياس التتبعي والبعدي والقبلي إيجابياً على نفسِ المقاييسِ لصالحِ التتبعي ما يشير لاحتفاظِ المجموعة التجريبية بالمكاسب العلاجية التي تم إنجازها بعدَ البرنامجِ.

وفي المملكة العربية السعودية، أجرى الحايك وأسيرفاثام والدويش والزمزمي وأسيرفاثام والزايد (Al Hayek, Asirvatham, Al Dawish, Zamzami, Asirvatham, and Alzaid, 2013)، دراسة بعنوانِ "*تأثير برنامجِ تعليمِي على القلقِ والاكتئابِ والسيطرة على السكرِ في الدمِ، والالتزام بالعنايةِ الذاتيةِ والدواءِ في النوعِ الثاني من مرض السكّري*"، وهي دراسة توقّعية (Prospective study)، أجريت على (104) مريضٍ سعودي مصاب بالسكرِي من المترددين على مستشفى رئيسي للرعاية الثلاثية في مدينة الرياض، كانَ منهم (71) واحد وسبعون ذكوراً (68.3 %) و33 (31.7 %) من الإناث، وبلغَ متوسط العُمر (م= 57.3؛ ع= 14.4) سنة. وتضمنت موادُ التعليمِ التي زودَ المرضى بها النشرات العلمية المكَتوبة بالعربيةِ، وأشرطة الفيديو الخاصّة التي قامَ الباحثون بإعدادها حول مرض السكري. بالإضافة لذلك، تم تنظيمِ عقد جلسات جمعية للتعليم المعيّن من خلالِ مختصي مرض السكّري وعقد جلساتَ إرشادية فردية مَع الطبيبِ أيضاً. وتمت مقابلة المرضى بإستعمال جدولَ المقابلةِ المنظّمَة في كلٍ من الخطّ القاعدي (القبلي)، وبعدَ مرورِ 6 شهورٍ مِنْ البرنامجِ. وتَضمّنَ جدول المقابلةَ الحصولِ على بياناتِ خصائص سكانية إجتماعية، وخصائص إكلينيكية، والإدارةِ الذاتيةِ لمرض السكّري، والالتزام بالدواءِ، ومستوياتِ القلقِ والاكتئاب. واعتبرت السيطرة على جلوكوز الدم ضعيفة إذا كانَ مستوى الهيموغلوبينِ الغليكوزلاتي تبلغ أقل من (7%). وأشارت النتائج إلى أنه بعد مرورِ ستّة

شهورٍ مِنْ برنامجِ تعليمِ مرض السكّرَي، تبينَ وجود تحسيناتَ دالةَ في خطةِ المرضى الغذائيةِ، والتمارين الجسدية، والمراقبة الذاتية لجلوكوزِ الدمِّ والإلتزام بالدواءِ والاكتئابِ لكن ليسَ القلق.

وفي إيران، أجرت باليزجير وبختياري وإستغماتي (Palizgir, Bakhtiari, and Esteghamati, 2014)، دراسة بعنوان" *كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وعلاج التعليم النفسي على الاكتئاب وخفض سكر الدم المكثف أو الهيموغلوبين السكري (HbA1C) عند المرضى* المصابين بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي: *دراسة تجربة إكلينيكيةِ*". وتم اختيار أفراد الدراسة (ن=60) مريضاً بالسكرِي مِنْ أصلِ (180) مريضٍ من أحد المستشفياتِ في طهران، والذين قسّموا إلى ثلاث مجموعاتٍ: العلاجِ المعرفي السلوكيِ (CBT) والعلاج بالتعليم النفسي (PET) والمجموعة الضابطة. وأشارت النتائج في القياسِ البعدي إلى وجود فروق دالة في مستوى ودرجة الإكتئاب والهيموغلوبين السكري (HbA1C) بينَ مجموعات العلاجِ المعرفي السلوكيِ والعلاج بالتعليمِ النفسي والمجموعة الضابطة. وأشارت نتائج اختبار توكي (Tukey) إلَى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح مجموعة العلاجِ المعرفي السلوكيِ (CBT) على مقياسِ الاكتئاب البعدي، بين كلٍ من مجموعة (CBT) من جهة، ومجموعة العلاجِ بالتعليم النفسي، وبينَ مجموعة العلاج بالتعليم النفسي والمجموعة الضابطة. وتؤكد نتائج هذه الدراسةِ بأن العلاجَ المعرفي السلوكيِ كَانَ ناجحَاً في مُعَالَجَة الاكتئابِ المرضى المصابين بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي.

وأخيراً، أجرى شريف ومسعودي وغانيزاده ودباغمانيش وغايم ومعصومي (Sharif, Masoudi, Ghanizadeh, Dabbaghmanesh, Ghaem, and Masoumi, 2014)، دراسة بعنوان *"تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على الأعراضِ الاكتئابية لدَى الأشخاصِ المصابين بالنوع الأولِ من مرض السكّري: دراسة تجريبية عشوائية مضبوطة"*. وأجريت الدراسة

على عينة (ن=60) من مرضى السكري يَعانونَ مِنْ الاكتئابِ في عياداتِ مرض السكّري التابعة لجامعةِ شيرازِ للعُلومِ الطبيةِ، جنوب إيران، وقُسّمتْ العينة عشوائياً إلى مجموعتين: التجريبية والضابطة. وقد قُسّمتْ المجموعة التجريبية بشكل عشوائي إلى ثلاث مجموعاتِ ضمت في كل منها عشرة (10) مرضى، وتلقت كل مجموعة ثمانية (8) مِنْ جلساتِ العلاج المعرفي السلوكي الجمعي. وتم قياس مستوى الاكتئاب في القياس القبلي بالإضافة إلى البعدي بعد أسبوعين، وبعدَ 4 أسابيعِ، وبعد التدخّلِ بشهرين لدى كلتا المجموعتين الضابطة والتجريبية. وأشارت النَتائِجُ إلى أنَ الفروق في درجات الإكتئاب ما بينَ قبل العلاج وكلٍ من بعد أسبوعين، و4 أسابيعِ، وشهرين بعد التدخّلِ كانت دالة بشكل إحصائي في المجموعةِ التجريبيةِ، لكن لَيسَ في المجموعة الضابطةِ.

ثانياً: الدراسات السابقة التي فحصت أثر برامج الإرشاد الجمعي في خفضِ القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي وصعوبات نفسية أخرى لدى عينات متنوعة من الأفراد

أجرى زيدان (2001) دراسة بعنوان "*مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان*"، وذلك على عينة عشوائية مؤلفة من (20) أماً وأباً مصرياً ممن يعانون من مستويات مرتفعة من القلق ولديهم أطفال مصابين بمرضِ السرطان. واستخدم الباحث في أدواته مقياس القلق ودليل المقابلة للفريق العلاجي والتقارير النفسية والاجتماعية، بالإضافة لبرنامج الإرشاد الجمعي. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالّة إحصائياً بينَ أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده، وعدم وجود فروق دالّة إحصائياً بين متوسطات درجات الآباء والأمهات في القياس التتبعي والبعدي بعد تطبيق البرنامج على جميع مقاييس الدراسة بما فيها القلق.

وأجرَى معالي (2003) دراسة تجريبية في الأردن بعنوان "*أثر التحصين ضد التوترِ والتدريب على حلِ المشكلات في خفض الضغوطِ النفسية وتحسين مستوى التكيفِ لدى أمهاتِ ذوي الاحتياجات الخاصة*"، لمعرفة أثر التدرب على مهارات مشتقة من العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية، وتحسين مستوى التكيف لدى عينة من أمهات الأطفالِ ذوي الاحتياجات الخاصة بلغَ عددهن (60) أُمّاً، وقامَ الباحث بتقسيمهن بشكل متساوٍ إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين تلقت إحداهما تدريباً على مهارة التحصين ضد التوتر، في حين تلقت المجموعة التجريبية الثانية تدريباً على مهارة حل المشكلات، ومجموعة واحدة ضابطة لم تتلق أي تدريب. وأظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية في القياسِ البعدي والمتابعة للبرنامجين التدريبين على مهارتي التحصين ضد التوتر، وحل المشكلات، في خفض مستوى الضغوط النفسية وتحسين التكيف النفسي لدى الأمهات في المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وفي بريطانيا، أجرى جَملي وكاراتسياز وبور وريلي وماكني وأ وجرادي (Gumley, Karatzias, Power, Reilly, McNay, and O'Grady, 2006)، دراسة بعنوان "*التدخل المبكر في انتكاسة السكيزوفرينيا (الفصام): أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى المعتقدات السلبية حول مرض الذهان العقلي وتقدير الذات* ". وتكونت عينة الدراسة الكلية من (144) مريضاً بريطانياً ممن يعانون من السكيزوفرينيا (الفصام) أو اضطرابات ذهانية أخرى، جرى تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى وقوامها (72) فرداً ممن تلقوا علاج معتاد، والمجموعة الثانية وقوامها (72) فرداً ممن تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً (CBT). واشتملت أدوات الدراسة على استبيان الإعتقادات الشخصية حولَ المرضِ (PBIQ) ومقياس روزنبرغ لتقدير الذات. وأسفرت نتائج الدراسة خلال فترات المتابعة للانتكاسة والتي استمرت بعد (3) شهور، و(6)

شهور، وبعدَ (12) شهر من انتهاءِ العلاج، عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى أفراد المجموعة الثانية (CBT) بالمقارنة بأفراد المجموعة الأولى والذين تلقوا علاجاً معتاداً. كما أوضحت النتائج أيضاً، وجود ارتفاع في المعتقدات والتقييمات السلبية وانخفاض في تقدير الذات لدى المجموعة الأولى. وتشير النتائج بوجه عام إلى أنَ الانتكاسة أو معاودة الأعراض أثناء فترة المتابعة بعد انتهاء العلاج يكون مرتبطاً بدرجة كبيرة بمدى تطور التقييمات السلبية للفرد حول المرض وتقديره لذاته.

وأجرت العجوري (2007) دراسة بعنوان *فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية* ". هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية برنامج للإرشاد الجمعي يستند للعلاجِ المعرفي السلوكي والمتمركز على الشخص في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال من مرضى سوء التغذية في مدينة غزة، وقد تألفت عينة الدراسة من (30) سيدة يعانينَ من مستويات مرتفعة من الاكتئابِ، وتم توزيع أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وطبق على المجموعتين مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد شهر من انتهاء البرنامج . وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مستوى (05.0) في القياسات البعدية والتتبعية على مقياس الاكتئاب.

وأجرى سترانك ودي روبيز وتشو وألفاريز (Strunk, DeRubeis, Chiu, and Alvarez, 2007)، من جامعة أوهايو بأمريكا، دراسة بعنوان "*قدرة المرضى وأدائهم لمهاراتِ العلاجِ المعرفي: العلاقة بتخفيضِ خطرِ الانتكاس بعد المعالجةِ من الاكتئاب*". وقد صُممَ العلاج المعرفي (CT) للاكتئاب لتَعليم المرضى مؤلفاتِ تعليمية ومعلومات التي يُعتَقَدُ أنها تُسَاعَد على مَنْعِ عودة الأعراض الإكتئابية ومنع الانتكاس بعد المعالجةِ الناجحةِ من الاكتئاب. وتكونت عينة

الدراسة الكلية من (35) مريضاً أمريكياً تراوحت شدة الاكتئاب لديهم من المتوسط إلى الشديد. واشتملت أدوات الدراسة على قائمة المواقف الضاغطة وتقدير الذات وفنياتِ العلاج المعرفي (CT) ومواقف تجريبية. وأوضحت نتائج الدراسة في القياس البعدي أنه لدَى المرضى الذين استجابوا للمعالجةِ، فإنَ مهارات العلاج المعرفي للتعاملِ (CT coping skills)، والتطبيقِ المستقلِ داخل الجلسات لمواد العلاج المعرفي التعليمية، تنبأت بالخطر الأدنى من الانتكاس في السَنَةِ التالية بعد المعالجةِ. ولَمْ تُفسّرْ شدَّة الأعراض الاكتئابية في نهايةِ المعالجةَ أو التغيرِ في الأعراض الإكتئابية مِنْ القياسِ القَبْلي إلى البعدي هذه العِلاقاتِ. وبالتالي، يمكن القول إنَ تطبيق مهارات العلاج المعرفي للتعاملِ مع المواقفِ الضاغطة والإستعمال المستقل لمبادئِ العلاج المعرفي (CT) داخل الجلسات، لكن لَيسَ الرضا عن الذات كمؤشر على تغير حدة الاكتئابِ عموماً، يَبدو أنها تلعب دورَاً مهماً في منعِ الانتكاس بعد المعالجة من الاكتئابِ.

وفي مصرِ، قامت عوض الله والعتيق والحمادي وكامل (2008) بإجراءِ دراسة بعنوان" *برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستصفاء الكلوي*"، حيث تم اختيار عينة قوامها (80 فرداً) قُسِمت عينة الدراسة إلى مجموعَتين على النحو التالي: المجموعة الأولى وعددها (40 فرداً) من مرضى الفشل الكلوي المزمن الذين يتعالجون في المستشفيات الحكومية في محافظة الفيومِ في مصرِ، والمجموعة الثانية (40 فردًا) من الأصحاء (من أُسرِ المرضى). واستخدمَ الباحثون مقياس الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي، مقياس القدرات العقلية الأولية، ومقياس عملية الذاكرة، بالإضافة للبرنامجِ التدخلي الجمعي المعرفي السلوكي لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية للمرضى. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمرضى في الاستجابة على مقاييس الحالة الانفعالية وأيضًا على مقياس الحالة المعرفية لصالح القياس البعدي، ويبرهن ذلك على

نجاح البرنامج التدخلي وتأثيره في خفض حدة الحالة الانفعالية وتحسين الحالة المعرفية للمرضى. وقد نتج هذا عن طريق التغلُّب على المشكلات الأسرية التي يعانى منها المريض وتحسن العلاقة بين المريض وأسرته.

وفي الأردن، أجرت السوالمة (2008) دراسة بعنوان "*أثر برنامج إرشاد تأهيلي لمساعدة المرضى على التوافق مع بتر الأطراف*"، وتألف مجتمع الدراسة من مرضى بتر الأطراف السفلية الذين تعرضوا لعلميات جراحية أدت لبتر الأطراف السفلية ممن يتلقون العلاج ويستفيدون من خدمات تكييف أو صيانة الأطراف الصناعية (الأجهزة التعويضية) وذلك في مستشفيات القوات العسكرية الأردنية في مدينتي عمان والزرقاء . وقد تألفت عينة الدراسة من (16) مريضاً من الذكورِ المصابين ببتر الأطراف السفلية، وتم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها (8) مرضى، والثانية ضابطة وعدد أفرادها (8) مرضى . واستخدمت الباحثة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مقاييسِ التوافق الشخصي والاجتماعي والتكيف النفسي وصورة الجسم وخبرة البتر واستعمالِ الأطراف الصناعية. وباستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، تألفَ برنامج الإرشاد التأهيلي الجمعي من (12) جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً، وتراوح زمن الجلسة من ساعة ونصف (1.30) إلى ساعتين (2). وقد عقدت الجلسات الإرشادية في قاعة الاجتماعات في مدينة الربة/ الكرك. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α= 0.05) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للأداء على الفقرات الممثلة لبعد التوافق الاجتماعي وعلى مقياس التكيف النفسي وصورة الجسمِ، بينما لم توجد فروق دالة على مقياسي وخبرة البتر واستعمالِ الأطراف الصناعية، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأداء بين متوسط القياس البعدي ومتوسط القياس التتبعي

لدى أفراد المجموعة التجريبية على كافة مقاييس الدراسة الأربعة ما يشير إلى احتفاظ عينة الدراسة بأثر البرنامج الإرشادي التأهيلي.

وقامت مدانات (2008) بإجراءِ دراسة في الأردن بعنوان "*فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن*" . تألفت عينة الدراسة من (60) أماً لديهن أطفال مصابين بالشلل الدماغي ممن حصلن على أعلى الدرجات في مقياس الضغوط النفسية، وقد تم توزيع عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعة تجريبية مؤلفة من (30) أمّا تلقين البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، ومجوعة ضابطة مؤلفة من (30) أُمّاً لم يتلقين البرنامج الإرشادي. وأشارت نتائج تحليل التباين المصاحب المستخدم إلى فاعلية البرنامج الذي تلقته الأمهات في المجموعة التجريبية في خفض مستوى الضغوط النفسية والوالدية لديهن، وزيادة وعي الأمهات بالحاجات النفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي كما أظهرته نتائج القياسين البعدي والمتابعة.

وفي السعودية، أجرى الغامدي (2010) دراسة بعنوان"*فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف*". وتكونت عينة الدراسة من (20) مريضاً ممن تراوحت أعمارهم من (18–45) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين كالتالي: المجموعة الأولى وهي مجموعة مرضى اضطراب القلق وتضم (10) مريضاً، ويمثلون مجموعة العلاج الدوائي (المجموعة التجريبية الأولى). والمجموعة الثانية: وهي مجموعة مرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي وتضم (10) مريضاً، ويمثلون مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية). واستخدم الباحث الأدوات التالية: استبيان دراسة الحالة، ومقياس مستشفى الطائف للقلق، ومقياس القلق الاجتماعي. والبرنامج العلاجي من إعداد الباحث. وأظهرت النتائج

وجود فروق دالة بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي في القياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي. كما وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات الرهاب الاجتماعي لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية الثانية) والعلاج الدوائي (المجموعة التجريبية الأولى) في مرحلة القياس البعدي.

وفي الأردن، أجرت علاء الدين وعبد الرحمن (2011) دراسة بعنوان" *فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان*" بهدف تزويد الأمهات بفنيات المنهج المعرفي السلوكي لخفض التوتر والتشائم. وتكوّن مجتمع الدراسة الأصلي الذي تم اختياره بإتباع أسلوب العينة القصدية، من مجموعة (ن=45) من أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بسرطان الدم أو اللوكيميا اللمفاوية الحادة ممن تتراوح أعمارهم ما بينَ 5- 12سنة، ويخضعون لإجراءات التشخيص والعلاج داخل مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي التابع لجامعة العلوم والتكنولوجية الأردنية في إربد شمالي الأردن، وقد استخدم الباحثان مقياسي التوتر الوالدي والتشاؤم، واشتمل البرنامج على (14) جلسة إرشادية مستندة للنظرية المعرفية السلوكية، وطبق البرنامج على مدار سبعة أسابيع بحيث تم عقد جلستين في الأسبوع. وتم تطبيقِ القياس البعدي والتتبعي بعد مرور شهر على المجموعتين الضابطة والتجريبية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ولصالح المجموعة التجريبية في القياسِ البعدي. حيث انخفض مستوى التوتر والتشاؤم بدرجة أعلى لدى الأمهات في المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الأمهات في المجموعة الضابطة، كما أشارت نتائج المقارنات البعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ظاهرة بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي، لصالح

التتبعي على بعض المقاييس، فقد ارتفعت الدرجات سلباً على مقياس التوتر في حين انخفضت إيجابياً على مقياس التشاؤم، لكن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية.

وأخيراً، أجرت خليفة (2014) بعنوان "*فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر*". وتكونت عينة الدراسة من ستين (60) مريضاً مصاباً بألم أسفلِ الظهرِ المزمن من مراجعي أقسام المستشفى التخصصي في مدينة عمان–الأردن، منهم (29) من الذكور، و(31) من الإناثِ. وتراوحت أعمارهم ما بينَ (20–60) سنة. وقسمت العينة بالتساوي إلى مجموعتين: الضابطة (30) مريضاً من الجنسين، والتجريبية (30) مريضاً من الجنسين. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس شدة الألم لتقييم شدة الألم لدى أفراد العينة التجريبية في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية بالإضافة إلى برنامج الإرشاد الجمعي القائم على منظور العلاج المعرفي السلوكي. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة في مستويات شدة الألم بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات البعدية والتتبعية تعزى لاستخدام البرنامج التدريبي ولصالح المجموعة التجريبية.

ثالثاً: الدراسات السابقة التي فحصت الاضطرابات النفسية والسمات المميزة للمرضى المُصابين بالسكري وضغطِ الدمِ المرتفع وأمراض مزمنة أخرى

أجرى تاتيرسال (Tattersall, 1991) في المملكة المتحدةِ دراسة بعنوان "*السمات النفسية والعقلية لمرض السكّريِ: وجهة نظر الأطباء*". حيث بدأ الباحث دراسته بسؤال هل هناك شخصية تنزع للإصابة بمرضِ السكري وتمتد من الطفولة إلى الرشد مروراً بالمراهقة، وتكونت عينة البحث من (21) مريضاً مصاباً بالسكّري، ممن طبقَ عليهم مقاييسِ القلق الصريح، ومقياس الوسواس القهري واختبار هاملتون للإكتئاب. وأظهرت النتائج أنَ (18) مريضاً من مجموع العينة، بنسبة (86%) يعانون من القلق والإكتئاب و(12) مريضاً من أصل (18) مريض

يعانون من الوسواس القهري. كما لاحظ الأطباء النفسيون أن هؤلاء الأشخاص المصابين بالسكري كانوا أكثر ميلاً للامتلاء وزيادة الوزن والاستثارة الانفعالية السريعة.

وفي إيطاليا، قامَ كولومبو وبيرتن (Colombo and Bertin, 1994) بدراسة بعنوان *"السمات النفسية للمصابين بمرضِ السُّكري المعتمدين على الأنسولين : المرضى البالغون الملتزمون مقابل غير الملتزمين"*، وذلكَ على عينة تكونت من (38) مريضاً بالسكري طُبِق عليهم عدد من الإختبارات النفسية التي تقيس المظاهر السيكولوجية منها: اختبار كاتل لعواملِ الشخصية الستة عشرة (16 PF)، ومقياس الاكتئاب لهاملتون، ومقياس زَنج للتقدير الذاتي للقلق (Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) ومقياس السلوك المرضي. وأظهرت النتائجُ أن مجموعة مرضى السكري لديهم درجة مرتفعة من الإكتئاب، ودرجة فوق المتوسط من القلق، ولديهم اتجاهات وسلوكيات مرضية.

وقامَ توماس وجونز وسكرنسي وبرانتلي (Thomas, Jones, Scarinci, and Brantley, 2003)، بإجراءِ دراسة بعنوانِ *"دراسة وصفية ومقارنة لإنتشارِ اضطرابات الاكتئاب والقلقِ عندَ الأمريكيين البالغين ذوي الدخل المتدني المصابين بالنوعِ الثاني من مرض السكّري والأمراضِ المُزمنةِ الأخرى"*. وأجريت هذه الدراسةِ على عينة (ن=326) من المرضى ذوي الدخل المتدني المشخّصين بالنوعِ الثاني من مرض السكّري، وبارتفاع ضغط الدم، والتهاب المفاصل، والربو، بالإضافة إلى المرضى بالسكري بدون أمراضِ مُزمنةٍ أخرى، وذلك لتَقْرير مدى الإنتشارِ لإضطراباتِ الاكتئاب واضطراباتِ القلقِ، خلالِ 12 شهر. أشارت النتائج إلى وجودِ نسبة إنتشارِ عاليةِ من الاكتئابِ و/ أو اضطرابات القلقِ في العيّنةِ الكليّةِ (29 %) وفي كُلّ مجموعاتِ المرضِ الثلاث: النوع الثاني من مرض السكّري (36 %)، والأمراض المُزمنة أخرى (24 %)، وبدون مرضَ مُزمنَ (31 %).

وفي ألمانيا، أجرى هيرمانز وآخرون (Hermanns, Kulzer, Krichbaum, Kubiak, and Haak, 2005)، دراسة بعنوان *"الإضطرابات العاطفية والقلق عندَ عينة ألمانية من مرضى السكري: الإنتشار والشيوع والأمراض المتزامنة وعوامل الخطر"*، وتكونت العينة من أربعمائة وعشرين (420) مريضاً بالسكري (36.9 % النوع الأول؛ 24.7 % النوع الثاني؛ 38.4 % النوع الثاني والمعتمدين على الأنسولين) شاركوا في مسح ومقابلة تشخيصية. وأشارت النتائج إلى أنَ نسب إنتشار الاِضطراباتِ العاطفيةِ الإكلينيكيةِ ًبلغت (12.6 %)، بالإضافةِ إلى (18.8%) مِنْ المرضى الذين أبلغوا عن أعراضِ الإكتئابِ بدون تحقيقِ كُلّ المعايير الإكلينيكية. وكانت نسب إنتشار اِضطراباتِ القلقِ (5.9 %)، مع إضافةِ (19.3 %) مِنْ المرضى الذين أشاروا لوجودِ بَعْض أعراضِ القلقِ. وبلغت نسبة الأمراض والاضطرابات العاطفيةِ المتزامنة مع اِضطراباتِ القلقِ (1.8 %)، بينما أشارت نسبة (21.4 %) من مرضى السكريِ لوجودِ مستويات عاطفية مرتفعة بالإضافة إلى أعراض القلقِ في نفسِ الوقت. وأشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أنَ متغيّراتُ سكّانيةُ معينة مثل العُمرِ والجِنس (الإناث) ومعيشة الفرد لوحده بالإضافة إلى مؤشرات مرض السكّريِ المعيّنةِ مثل المعالجةِ بالأنسولينِ في النوعِ الثاني من مرض السكّرِي، ومشاكل نقص سكر الدم وضعفِ السيطرة عليه، تعتبرُ عوامل خطرَ تهدد بحدوثِ ا لاِضطراباتِ العاطفيةِ. وتظهر الدراسة أنَ إنتشار الاِضطراباتِ العاطفيةِ بينَ مرضى السكريِ كَانَ أعلى بمعدل الضعفِ مِنْ فئاتِ السكانِ غيرِ المرضى بهِ، وأنَ تحليل عواملِ الخطرِ يُمْكِنُ أَنْ يُسهّلَ تمييز وتحديد المرضى الذين يكونون عرضة لخطر أعظم من هذه الاِضطراباتِ.

وفي البحرين، أجرى عَلماوي وتميم والسيّد وعريقات والخطيب وباقر وتوتنجي وكامل (Almawi, Tamim, Al-Sayed, Arekat, Al-Khateeb, Baqer, Tutanji, and Kamel, 2008)، دراسة بعنوان *" الصلات بينَ اضطرابات الاكتئاب والقلق والتوتر الموجودة*

تزامنياً مع النوع الثاني من مرضِ السكري في البحرين البلد التي تتسم بإنتشار وشيوعِ مرتفع جداً للنوع الثاني من مرض السكّرِي"، وهيَ دراسة مُستعرضة تَتضمّنُ تطبيق مقاييس داس للاكتئاب والقلقِ والتوتر (DASS-21) (المستخدم أيضاً في الدراسة الحالية)، على عينة (ن=276) شخصاً، منهم (143) مريضاً بالسكري، و(132) شخصاً سليماً. وأشارت النتائج إلى أنَ النسبة الأعلى من مرضى السكري أبلغت عن مستويات من الاكتئاب والقلق والتوتر تراوحت ما بينَ المعتدلِة والحادة والحادّةِ جداً. كما ارتبطَ المرض المُزمن ومدّة المرضِ بهذه الإضطراباتِ الثلاثة بدرجة دالّة. وأظهرت النتائج بأنَ القلقِ والاكتئاب والتوتر إرتبطَ بمرضِ السكري بعد ضبط المتغيرات الأخرى، بينما تبينَ أنَ عُمر المريض الأكبر كَانَ المتغيّرَ الدالّ الوحيد الذي ارتبطَ بالتوترِ. وتؤكد هذه النَتائجِ وجود إسهام إيجابي لمرضِ السكري في رفعِ مستويات اضطرابات الاكتئاب والقلق والتوتر لدى المصابين به، كما توصي بضرورة توفيرِ خدمات الإرشاد النفسي لمرضى السكري.

وأجرَى فيشر وزملاؤه (Fisher, Skaff, Mullan, Arean, Glasgow, and Masharani, 2008)، دراسة بعنوان" *دراسة طولية للإضطرابات العاطفيةِ واِضطراباتِ القلقِ والاكتئابِ والضِيقِ النفسي المرتبطة بمرض السكّري عندَ البالغين بالنوعِ الثاني من مرض السكّريِ*"، وذلك للإبْلاغ عن الإنتشار والإضطرابات العاطفيةِ واِضطراباتِ القلقِ والاكتئاب والضيق النفسي، المرتبطة بمرض السكّرِي بمرور الوقت. حيث تَمَ تقييم خمسمائة وستة (506) مريضاً أمريكياً مصاباً بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي ثلاث مراتِ على مقاييسِ: اضطرابات الاكتئاب الرئيسي (MDD)، والقلقِ العامّ (GAD)، والرعبِ (PANIC)، والإعياء العقلي (Dysthymia (DYS)، ومشاعر الاكتئاب (CES-D) ومِقياس الضِيقِ بمرض السكّرِي (DDS). أشارت النتائجُ إلى أنَ البالغين من مرضى السكّرِي مقارنة بالأشخاصِ السليمين أبلغوا

بمرور الوقت عن وجود نِسَبِ أعلى من الإضطرابات العاطفيةِ واضطراباتِ القلقِ (60 %)؛ ومن اضطرابات الاكتئاب الرئيسي (123 %) ، و(85 %) من الرعبِ، وَ(7 %) من الإعياء العقلي. وكانت نسبة الزيادة في مشاعر الاكتئابِ والضِيقِ بمرض السكّريِ (DDS) بمرور الوقت حوالي (60%)، كما ارتبطت عوامل العُمر الأصغر ونوع الجِنس (الإناث) والمستوى العالي من الأمراض المتزامنة، بإستمرارِ جميع الاضطرابات بمرور الوقت.

وفي ليبيا، أجرت أبو القاسم (2013) دراسة بعنوان" *أثر القلق في ارتفاع مرض السكري لدى النساء الحو امل : دراسة مقارنه على عينه من النساء الحوامل بمدينة طرابلس* ". بهدف الكشف عن علاقة القلق بارتفاع مرض السكري لدى النساء الحوامل. وأظهرت النتائج باستخدام تطبيق مقياسِ القلق حالة وسمة على أفراد العينة، وجود فروق دالة إحصائياً لدى عينه النساء الحوامل المريضات بارتفاع السكر بدرجة أعلى من النساء الحوامل والنساء غير الحوامل اللواتي لا يعانين من مرض السكري. ما يدل على أن عينة النساء الحوامل المريضات ، لديهن أعراض مرتفعه من القلق يزيد من سوء الحالة الصحية لديهن.

وأخيراً، في الأردن، أجرت شحيطة (2014) دراسة بعنوان "*استراتيجيات التعامل لدى مرضى النوع الثاني من السكري في إدارة مرضهم وعلاقتها بمجموعة من الأعراض النفسية ومتغيرات أخرى*"، بهدف الكشف عن استراتيجيات التعامل التي يستخدمها مرضى السكري النوع الثاني في إدارة مرضهم وعلاقة هذه الاستراتيجيات بأعراض الاكتئاب والقلق. وتكونت عينة الدراسة من (101) مريضاً منهم (36) من الذكور و(65) من الإناث. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس استراتيجيات التعامل مع مرضى السكري والصورة المعربة لمقياس الاكتئاب لبيك (1996) ومقياس سبيليرجر لقلق السمة – الحالة . وقد دلت النتائج عن أن أكثر استراتيجيات التعامل شيوعاً بين أفراد عينة الدراسة كانت إستراتيجية التوحد مع مرضِ السكري،

تلتها إستراتيجية التجنب، ثم إستراتيجية الاستسلام السلبي، ثم إستراتيجية روح التصدي على التوالي. كما وجدت الدراسة أن جميع قيم معاملات الارتباط بين مختلف استراتيجيات التعامل وأعراض الاكتئاب والقلق كانت دالَة ما يعني أنَ الاكتئاب والقلق تعتبر من الأعراض الشائعة لدى النوع الثاني من مرضى السكري بغض النظر عن الإستراتيجية المستخدمة في التعامل مع المرض.

رابعاً: تعقيب على الدراسات السابقة

يُلاحظ من العرض السابق للدراسات، أنَ البعض القليل من الدراسات السابقة المشار إليها في هذا الفصلِ قد تناولَ موضوع تطوير برامج إرشاد جمعي لخفض القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى المريضات المصابات بأمراض مزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم المرتفع، فمن ناحية نجد أنَ الباحثين الذين درسوا فعالية برامج الإرشاد الجمعي مع المرضى، ركزوا على مرض معين بشكل منفصل مثل الفشل الكلوي، وأمراض جسدية أخرى. ومن جانب آخر، نجد أنَ هناكَ وفرة في الدراسات التي سعت لتطوير برامج إرشاد جمعي مع عينات متنوعة من المرضى بهدف التقليل من الضغوطات النفسية أو الإجهاد المرتبط بمرض مزمن. وأن هناك ندرة في الدراسات التي فحصت عامل الدعم الاجتماعي، بالرغم من أنَ الدراسات التجريبيةُ (DiMatteo, 2004; Miller, & DiMatteo, 2013) ، أظهرَت وجود عِلاقاتَ إيجابيةً ودالةَ بين الدعمِ الإجتماعيِ والتمسّكِ بالمعالجةِ بين مرضى السكّرِي. وأنَ الدعم مِنْ الأصدقاءِ والعائلةِ للتمسّكِ بخططِ المعالجة الخاصة بمرضِ السكري من خلالِ تشجيع التفاؤلِ وتقديرِ الذات لدى المريضِ، الذي يُمْكِنُ أَنْ يلطفَ من الإجهادَ المرتبط بالمرضِ ويُخفّضُ من قلق واكتئابِ المريض (DiMatteo, 2004).

ويبين هذا العرض أيضاً، أنَ أغلب الدراسات استخدمت مناهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسيِ، ونجد في نفسِ الوقت أنه لم توجد واحدة من تلك الدراسات قد تطرّقت لفحص أثر برامج الإرشاد الجمعي في خفضِ القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الإجتماعي لدى عينة من المريضات اللواتي يعانين من مرض مزمن كالسكري وارتفاع ضغط الدم وخاصة على المستوى المحلي. وتحديداً، تأثيرات برامج الإرشاد الجمعي على مجموعة من المريضات الإناث، بالإضافة لفحصِ أثر برنامج إرشاد جمعي وفاعلية تدريبهن على فنيات مستندة للمنهج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في رفع كفاءتهن النفسية والاجتماعية، وبالتالي ينعكس على صحتهن النفسية وعنايتهن بأنفسهنَ، ودورهن كمقدمات للرعاية لأسرهن، وهذا الأخير الذي يعتبر عاملاً جديداً وغير مباشر أضافته الدراسة الحالية بالإضافة لمتغير الدعمِ الاجتماعي، لارتباطه الوثيق بمرض عنصر مهم في الأسرة وهي الزوجة والأم.

وبالتالي، فإنَ الدراسة الحالية تختلف عن ما سبقها من دراسات في كونها تَصِفُ مجموعة تدريب للتعليم النفسي طورتْ استناداً لمبادئ العلاجِ المعرفي السلوكِي وصمّمُت لمُسَاعَدَة مريضات السكّرِي وضغط الدمِ، وتناولها لفحصِ أثرِ برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي مدموج بمكون التعليم النفسي في خفضِ القلق والاكتئاب وتحسين شبكة الدعم الاجتماعي لدى عينة من مريضات السكري الأردنياتِ وارتفاع ضغط الدم في السنِ (35–55) سنة، حيث جمعت الدراسة بين عدة متغيرات لم يتم الجمع بينها في الدراسات السابقة، بالإضافة لكونها تعاملت مع شريحة مهملة في مجتمعنا بحثياً وإكلينيكياً وهي فئة مرشحة بأن تصبح من المسترشدين المعرضين لأخطار نفسية واجتماعية أثبتتها الدراسات بشكل جيد. وهي أيضاً تعد من الدراسات النادرة التي تتطرق لمثل هذا الموضوع الذي يهتم بالمرض لدى عينة من النساء في الأسر الأردنية .

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

- أفراد عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- تصميم الدراسة ومتغيراتها
- إجراءات الدراسة
- المعالجة الإحصائية

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

أولا: أفراد عينة الدراسة

تم اختيار أفراد الدراسة بإتباع أسلوب العينة القصدية (Purposive Method)، وقد وضعت الباحثة الشروط التالية لمشاركة السيدات في البرنامج : (1) أن تكون المريضة مشخصة بمرض السكري من النوع الثاني وضغط الدم المرتفع (2) أن تتراوح أعمارهن ما بينَ (35-55) عاماً، و (3) أن تسجلَ المشاركة مستويات مرتفعة على مقياسي القلق والاكتئاب ومنخفضة على مقياسِ الدعم الإجتماعي.

وقد تكونت العينة النهائية للدراسة من ثلاثين (30) مريضة ممن يراجعن مركز المفرق الصحي الشامل والمصابات بمرض السكري النوع الثاني (Diabetes Mellitus Type 2)، وارتفاع ضغط الدم (Hypertension)، واللواتي يعانين من ارتفاعِ مستوياتِ القلق والاكتئاب وتدني مستوى الدعم الإجتماعي، وتراوحت أعمارهن من (35-55) سنة. وتم توزيع أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين: الأولى مجموعة تجريبية وعدد افرداها (15) مريضة، والثانية مجموعة ضابطة وعدد أفرادها (15) مريضة، وقد تم اختيارهن بناء على رغبتهن بالمشاركة في البرنامج الإرشادي التي عبرن عنها عند مقابلتهن في مرحلة التشكيل، وهي المرحلة الأولى من مراحل تطور المجموعة في الإرشاد الجمعي، بالإضافة إلى موافقة أولياء أمورهن (الزوج نظراً لأنَ جميعهن كنَ متزوج ات)، وتم ذلك وفق نموذج خاص (الملحق 7/ أ وب) أعد لهذه الغاية يتضمن موافقة المريضة وقبول ولي الأمر على المشاركة في إجراءات الدراسة والبرنامج الإرشادي.

وقد تم الوصول إلى أفراد العينة النهائية للدراسة من خلال إتباع الخطوات التالية:

أولاً: بدأت الباحثة بجمع أسماء المريضات اللواتي يعانين من السكري وارتفاع ضغط الدم، من خلال الرجوع إلى عيادة طب الأسرة التابعة لمركز المفرق الصحي الشامل ومقابلة كل مريضة على انفراد والحصول منها على رقم الهاتف للتواصل معها لاحقاً.

ثانياً: من خلال الخطوة الأولى تم الوصول إلى ثمانين (80) مريضة يعانين من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم ، ومنهن تم اختيارِ (30) مريضة ممن أبلغنَ بأسلوبِ التقرير الذاتي على مقاييس الدراسة عن وجود مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب ومستوياتِ متدنية من الدعم الاجتماعي، وذلك بعد الحصول على نماذجِ الموافقة المعرّفة (الملحق7/ أ وب)، موافقة المريضة الخطية وموافقة ولي الأمر/الزوج أيضاً على المشاركة في إجراءات الدراسة بما فيها تطبيق أدوات الدراسة من مقاييسِ والمشاركة في برنامج الإرشاد الجمعي.

الجدول (1). توزيع وعدد أفراد الدراسَة حسب نوع المجموعة ونوع المقياس في الاختبارات القبلية والبعدية والتتبعية

نوع المجموعة	الاختبار القبلي	الاختبار البعدي	الاختبار التتبعي
المجموعة التجريبية	15	15	15
المجموعة الضابطة	15	15	–
المجموع	30	30	15

ثالثاً: تم توزيع المريضات (ن=30) مريضة، عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، بمعدلِ (15) مريضة في المجموعة التجريبية (مجموعة البرنامج الإرشادي)، و(15) مريضة في المجموعة الضابطة (بدون تدخل إرشادي) على قائمة الانتظار.

ويوضح **الجدول (1)** أعلاه عدد أفراد الدراسة الذين انطبقت عليه م شروط الاشتراك بالدراسة الحالية، حسب نوع المجموعة والقياسِ في الاختبارات القبلية والبعدية والتتبعية.

كما تمَ التّحقّق من تكافؤ المجموعتين علَى مقاييس الدراسة ال ثلاثة (القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي) في (القياس القبلي) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، ومن عدم وجود فروق دالّة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبيّة والضابطة على مقاييس الدّراسة الثلاثة ، باستخدام اختبار (ت) (t-test) لعينتين مستقلتين، وذلك باستخدام رزمة البرامج الإحصائيّة للعلوم الاجتماعية (SPSS).

ويوضّح الجدول (2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة ونتائج قيمة اختبار (ت)، لدلالة الفروق بين متوسّط درجات المجموعة التجريبية (التي تعرضت للبرنامج الإرشادي) والمجموعة الضابطة (التي بقيت على قائمة الانتظار) على مقاييس الدراسة في القياس القبلي ، ويشير لعدم وجود فروق دالة على مقاييسِ القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي، ما يعكس التكافؤ بينَ المجموعتين قبل تعرّض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (الاشتراك في البرنامج الإرشادي).

الجدول 2. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة ونتائج اختبار "ت" للمجموعتين التجريبية (ن=15) والضابطة (ن=15) على مقاييس الدراسة الثلاثة في القياس القبلي

المقياس	الأبعاد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
القلق	الدرجة الكليّة	التجريبية	36.77	15.5	-0.976	0.337
		الضابطة	38.38	3.76		
الاكتئاب	الدرجة الكليّة	التجريبية	35.86	7.07	-1.092	0.284
		الضابطة	38.25	4.71		
الدعم الاجتماعي	الدرجة الكليّة	التجريبية	20.49	4.94	1.351	0.188
		الضابطة	17.95	5.31		

وصف العينة

تمَ تطبيق إستبانة المعلومات الأساسية الديموغرافية (الملحق 1) الخاصة بأفراد العينة الكلية (ن=30)، وذلك بهدف التعرف على خصائص عينة الدراسة المشتملة على الخصائص الديموغرافية والأسرية للمريضات وأفراد الأسرة وتلك المتعلقة بالمرض مثل: العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، التأمين الصحي، مهنة الزوج، الحالة التعليمية، عدد أفراد الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة، ونوع المرض وهل تعاني من أمراض أخرى (غير السكري وارتفاع ضغط الدم)، وذلك لتوفير معلومات واضحة للباحثة عن السيدات المشاركات في برنامج الإرشاد الجمعي، وللوصف الدقيق للمجموعتين التجريبية (ن= 15)، والضابطة (ن= 15)، وللتحقق من التكافؤ النسبي بين المجموعتين فيما يتعلق بالمرض وبالخلفية الديموغر افية والأسرية.

ولقد تبينَ لدى تحليل المعلومات الديموغرافية فيما يتعلقَ بتوزيع أفراد العينة من المريضات بالسكري من النوع الثاني وذلك حسب السن، أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغَ بالسنوات كما يلي: (م= 47.67؛ ع=5.8)، وبمدى عمري تراوح من 35-55 عاماً، وحسب الحالة الاجتماعية أنَ جميعهن متزوجات حالياً، وفيما يتعلق بالمؤهلات التعليمية للمريضات توزعت النسب كما يلي: الثانوي (70.0%)؛ والإعدادي (16.7%)؛ والجامعي (13.3%)، وحسب حالة العمل، لا تعمل (73.3%)؛ وتعمل (26.7%). ومعظمهن (66.7%) لديهن تأمين صحي، والبقية (33.3%) ليس لديهنَ تأمين صحي.

وفيما يتعلق بخصائص الأزواج بالنسبة للسنِ، تبينَ أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغَ بالسنوات كما يلي: (م= 54.07؛ ع=7.35)، وبمدى عمري تراوح من 40-67 عاماً، وفيما يتعلق بال مؤهلات التعليمية للأزواج توزعت النسب كما يلي: الثانوي (46.7%)؛

والإعدادي (36.7%)؛ والجامعي (10.0%)؛ وكلية مجتمع (6.7%). وتبين أنَ أكثر من نصفِ الأزواج (57.7%) يعملون حالياً ، و(33.3%) متقاعدون؛ و(10.0%) عاطلون عن العمل؛ وأنَ نسبة قليلة من الأزواجِ موظفون في أعمال حكومية (20.0%)؛ أو في أعمال للقطاع الخاص (3.3%)؛ وأعمال حرة (33.4%). وبلغ متوسط عدد أفراد الأسرة كما يلي: من خمسة–سبعة أفراد (50.0%)؛ وأكثر من سبعة أفراد (43.3%)؛ والبقية من فردين إلى أربعة (3.3%). وبلغت نسبة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (SES) للأسرة كما يلي: المستوى الاقتصادي المتوسط (73.3%)، والمنخفض (26.7%). كما أشارت درجات أفراد العينة الكلية (ن=30) على مقاييسِ الدراسة إلى معاناتهم من مستوى حاد من القلق (م= 37.6؛ ع=4.5)، والاكتئاب (م= 37.1؛ ع=6.0)، (*تشير الدرجة من 28–38 إلى مستوى حاد من القلق أو الاكتئاب*)؛ ومن مستوى منخفض من الدعمِ الاجتماعي (م=19.2؛ ع=5.2)، (*تشير الدرجة من 12– 21، إلى مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي*).

ثانيا: أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية: استبانة المعلومات الديموغرافية من إعداد الباحثة (الملحق 1) والسابق التقديم عنها، والنسخة المعربة والمعدلّة من الصورة المطولة (42 فقرة) من مقاييس دَاس (42 فقرة) الموزعة بالتساوي على كلٍ من أعراضِ الاكتئاب والقلق والتوترِ (Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42); Lovibond, & Lovibond, 1995a)، والمقياس المتعدد الأوجه للدعم الاجتماعي المُدرك (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

1. مقياس القلق (الملحق 2)

لتقييم درجة القلق لدى المريضات في الدراسة الحالية، تم استخدام الفقرات الخاصة بقياسِ القلق المستمدة من مقاييس دَاسِ (DASS) التي وضعها كل من لفبوند ولفبوند (Lovibond, and Lovibond, 1995a). وتتكَوّنُ مقاييس داس من (42) فقرة بأسلوب التقرير الذاتي وتكمَلُ في خلالِ فترة لا تتجاوز أكثر من خمسة إلى عشْرة دقائقِ، وتعكسُ كُلّ منها مؤشراً على المشاعرِ السلبية لدى المفحوصِ. وقد تمَ تطوير هذه المقاييسِ في جامعة نيوساوث ويلز بأستراليا (University of New South Wales Depression Anxiety Stress Scales (DASS). وتوجد نسختان من الصورة الأصلية لمقاييسِ داس (21 فقرة و42 فقرة)، وقد ترجمت النسخة القصيرة للغة العربية وقننت من قبل الباحثة الأسترالية الجنسية والعربية الأصلِ "مريم طوق" بالتعاون مع مؤلف المقاييس (Taouk, Lovibond, & Laube, 2001)، وذلكَ على عينة من العربِ المهاجرين المقيمين في أستراليا. ولغايات الدراسة الحالية، قامت الباحثة بترجمة فقرات مقياسِ القلق وعددها (14) فقرة المستمدة من النسخة الطويلة لمقاييسِ داس (DASS-42)، وذلكَ من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تمَ عرضها على إختصاصي في اللغتين العربية والانجليزية للتحققِ من مدَى دقة الترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية للتحققِ من التطابق والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس القلقِ من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد والقياس النفسي والتربوي، بلغ عددهم ثمانية (8) محكمين (الملحق 6)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. وتألفَ مقياس القلق بصورته الأولية من (14) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم

في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة، وتجدر الإشارة إلى أنه تم اعتماد معيار اتفاق نسبة مقبولة من الم حكمين لبيان صلاحية الفقرة وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس، أو اتفاقهم على عدم وضوحها وتعديلها أو تغيير صياغتها. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (90%)، مع إجراءِ بعض التعديلات وبالتالي فقد طرأت على مقياس القلق في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية (**الملحق 2**) تعديلات في الصياغة اللغوية وفي عدد الفقرات حيث اقترحَ إضافة فقرتين شريطة أن تكونا مستمدتين من نفسِ الفقراتِ لِيتكون في صورته النهائية من ست عشرة (16) فقرة، منها أربع عشرة (14) فقرة من فقرات مقاييسِ داسِ الأصلية (DASS-42) والفقرتين الإضافيتين (أخشى من كوني أصبحتُ لا أقوم سوى بأعمال تافهة؛ وأشعر بالإرتباك) اللتين اتفق على مناسبتهما بعد أن أعيدَ عرضهما على المحكمين ثانية، لتصبح عدد فقراتِ المقياس في صورته النهائية (16) فقرة (الملحق 2). وتمثل جميع الفقرات اتجاه القلق الأعلى.

كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس القلق بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار** (Test – Retest Reliability): تم تطبيق مقياس القلق بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من أربعين (40) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق الـمقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار– إعادة الاختبار[Test-Retest]) بين درجات المفحوصين في مرتي التطبيق، ووجد

أن قيمة الثبات للمقياس الكلي للقلق باستخدام معادلة بيرسون بلغت (ر= 0.883)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

ب – الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس القلق فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام ألفا كرونباخ، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس ، وبلغَ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياسِ الكلي (α=0.873). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق و التصحيح

يتألف مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية بصورته النهائية (الملحق 2) من ست عشرة (16) فقرة، وتمثله أربع عشرة (14) فقرة من فقرات مقاييسِ داسِ الأصلية (DASS-42) ذات الأرقام التالية (2؛ 4؛ 7؛ 9؛ 18؛ 19؛ 20؛ 22؛ 23؛ 25؛ 28؛ 29؛ 40؛ 41). بالإضافة إلى الفقرتين (أخشى من كوني أصبحتُ لا أقوم سوى بأعمال تافهة؛ وأشعر بالارتباك) اللتين أضيفتا بعد إجراءات التحكيم. ويطلب من المفحوصين تقدير استجاباتهم على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات، تتراوح من دائماً (3)، وعادة (2)، وأحياناً (1)، وأبداً (صفر)، (Lovibond, & Lovibond, 1995b)، تتعلق بمدى التكرارِ أَو شدَّةِ خبراتِ المشاركين خلال الأسبوع الماضي بهدف تأكيد الحالاتِ (States) على السماتِ (Traits). وتُحسب النقاط عن طريق جمعِ تقديرات المفحوص الذاتية لمستوى القلق لديه، وتتراوح الدرجة الكلية على مقياسِ القلق من صفر –48، بحيثُ تُشيرُ الدرجات المرتفعة على المقياسِ إِلَى المستويات العالية من القلق.

وحسب توجهاتِ واضعي المقياس وموافقة المحكمين تُشير الدرجات على الفقراتِ الست عشرة (16)، من (صفر –16) درجة، إلى مستوى عادي منخفض من القلق، ومن (17–20) درجة إلى مستوى متوسط من القلق، ومن (21–27) درجة إلى مستوى مرتفع من القلق، ومن (28–38) درجة إلى مستوى حاد من القلق، ومن (39 درجة وأعلى) إلى مستوى حاد جداً من القلق.

2. مقياس الاكتئاب (الملحق 3)

لتقييم درجة الاكتئاب لدى المريضات في الدراسة الحالية، تم استخدام الفقرات الخاصة بالاكتئابِ المستمدة من مق اييس دَاسِ (DASS-42) الذي وضع هكل من لفبوند ولفبوند (Lovibond and Lovibond, 1995a). ولغايات الدراسة الحالية، قامت الباحثة بترجمة فقرات مقياسِ الاكتئاب وعددها (14) فقرة المستمدة من النسخة الطويلة لمقاييسِ داس (DASS-42)، وذلكَ من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تمَ عرضها على إختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقة الترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابق والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد والقياسِ النفسي والتربوي، بلغ عددهم ثمانية (8) محكمين (الملحق 6)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. وتألفَ المقياس بصورته الأولية من (14) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوص ين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة،

وتجدر الإشارة إلى أنه تم اعتماد معيار اتفاق نسبة مقبولة (تتراوح من 70%–90%) من المحكمين لبيان صلاحية الفقرة وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس، واتفاق المحكمين على عدم وضوحها وتعديلها أو ضرورة تغيير صياغتها.

وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (90%)، مع إجراءِ بعض التعديلات، وبالتالي فقد طرأت على مقياس الاكتئاب في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية (**الملحق 3**) تعديلات في الصياغة اللغوية وفي عدد الفقرات حيث اقترحَ إضافة فقرتين شريطة أن تكونا مستمدتين من نفسِ الفقراتِ ليتكون في صورته النهائية من ست عشرة (16) فقرة، منها أربع عشرة (14) فقرة من فقرات مقاييسِ داسِ الأصلية (DASS-42) والفقرتين الإضافيتين (وَجدتُ صعوبة في المبادرةِ بالقيامِ بعَمَلِ أشياء؛ أشعر بالاكتئاب فجأة) اللتين اتفق على مناسبتهما بعد أن أعيدَ عرضهما على المحكمين ثانية، لتصبح عدد فقراتِ المقياس في صورته النهائية (16) فقرة (الملحق 3). وتمثل جميع الفقرات اتجاه الاكتئاب الأعلى.

كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس الإكتئاب بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار** (Test – Retest Reliability): تم تطبيق مقياس الإكتئاب بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من أربعين (40) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق ا لمقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار– إعادة الاختبار[Test-Retest]) بين درجات المفحوصين في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الإكتئاب باستخدام معادلة بيرسون بلغت (ر= 0.939)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

ب – الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس الاكتئاب فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام قيم ألفا كرونباخ، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس الكلي ، وبلغَ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياسِ الكلي (α=0.887). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق والتصحيح

يتألف مقياس الاكتئابِ المستخدم في الدراسة الحالية (الملحق 3) من (16) فقرة وتمثله أربع عشرة (14) من فقرات مقاييسِ داسِ الأصلية (DASS) ذات الأرقام التالية (3؛ 13؛ 15؛ 16؛ 17؛ 21؛ 24؛ 27؛ 30؛ 31؛ 34؛ 37؛ 38؛ 42) بالإضافة إلى الفقرتين (وَجدتُ صعوبة في المبادرةِ بالقيامِ بعْمَلِ أشياء ؛ أشعر بالاكتئا ب فجأة) اللتين أضيفتا بعد إجراءات التحكيم. ويطلب من المفحوصين تقدير استجاباتهم على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات، تتراوح من دائماً (3)، وعادة (2)، وأحياناً (1)، وأبداً (صفر)، (Lovibond, & Lovibond, 1995b)، تتعلق بمدى التكرارِ أو شدَّةِ خبراتِ المشاركين خلال الأسبوع الماضي بهدف تأكيد الحالاتِ (States) على السماتِ (Traits). وتُحسب النقاط عن طريق جمع تقديرات المفحوص الذاتية لمستوى الاكتئابِ لديه، وتتراوح الدرجة الكلية على مقياسِ القلق من صفر–48، بحيثُ تُشيرُ الدرجات المرتفعة على المقياسِ إلى المستويات العالية من الإكتئابِ.

وحسب توجهاتِ واضعي المقياس وموافقة المحكمين تشير الدرجات على الفقراتِ الستة عشر (16)، من (صفر–16) درجة إلى مستوى عادي منخفض من الاكتئاب، ومن (17–20) درجة إلى مستوى متوسط من الاكتئاب، ومن (21–27) درجة إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب،

ومن (28–38) درجة إلى مستوى حاد من الاكتئاب، ومن (39 درجة وأعلى) إلى مستوى حاد جداً من الاكتئاب.

3. مقياس الدعم الاجتماعي (Social Support Scale) (الملحق4)

تمَ استخدام المقياس المتعدد الأوجه للدعم الاجتماعي المدرك (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet et al., 1988)، المكون من (12) فقرة. وقامت الباحثة بترجمة المقاييس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تمَ عرضها على إختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقّة الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابقِ والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس

تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الدعم الإجتماعي من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد والقياس النفسي والتربوي، بلغَ عددهم ثمانية (8) محكمين (الملحق 6)، من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. وتألفَ مقياس الدعم الإجتماعي بصورته الأولية من (12) فقرة، وطُلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوص ين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياسِ بين المحكمين (90%)، وبالتالي فقد طرأت على مقياس الدعم الإجتماعي في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية (**الملحق 4**) تعديلات في الصياغة اللغوية ولكن بقي يتكون من نفسِ الفقرات الاثنتي عشرة (12) وتمثّل جميع الفقرات اتجاه الدعم الإجتماعي الأعلى.

كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس الدعم الإجتماعي بطريقتين هما:

أ – طريقة الثبات **بإعادة الاختبار** (Test – Retest Reliability): تم تطبيق مقياس الدعم الإجتماعي بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية (Pilot Sample) المكونة من أربعين (40) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار (ثبات الاختبار – إعادة الاختبار [Test-Retest]) بينَ درجات المفحوصرين في مرتي التطبيق، ووجدَ أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الدعم الإجتماعي باستخدام معادلة بيرسون بلغت (ر=0.829)، وتعد هذه القيمة لثبات القائمة مقبولة لغايات تحقيق أهداف الدراسة.

ب – الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): أما الطريقة الثانية التي استخدمت لحساب الثبات لمقياس الدعم الإجتماعي فكانت عن طريق استخراج مؤشّرات الصّدق (الاتساق الداخلي) باستخدام قيم ألفا كرونباخ، حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس الكلي ، وبلغَ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياسِ الكلي (α=0.861). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق والتصحيح

يتألف مقياس الدعم الاجتماعي من (12) فقرة، تقيس مستوى إدراك المفحوصة للدعم الاجتماعي. وقد صممت الأداة لقياس إدراكات الدعم الاجتماعي الواردة من مصادر معينة: الأسر (الفقرات: 3، 4، 8، 11)، والأصدقاء (الفقرات: 6، 7، 9، 12)، والآخرون المهمون (الفقرات: 1، 2، 5، 10). ويطلب من المستجيبين تقدير مستوى إدراكهم للدعم الاجتماعي، على سلم ليكرت للتقدير مكون من خمس درجات تتراوح من لا أوافق بشدة (1) إلى أوافق بشدة (5). وتتراوح درجات المقياس الكلية من 12– 60 درجة (وتشير الدرجات الأعلى إلى مستوى

أكبر من الدعم الاجتماعي). وتشير الدرجة من 12- 21، إلى مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي، ومن 22-41، إلى مستوى متوسط، ومن 42-60، إلى مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي. وقد استخدمت الدرجة الكلية (دعم الأسرة، دعم الأصدقاء ودعم الآخرين المهمين) على هذا المقياس لغايات الدراسة الحالية.

الجدول (3). نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون ومعامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي لمقاييس الدراسة

المقياس	الأبعاد	عدد الفقرات	معامل الاستقرار	معامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ)
القلق	الدرجة الكلية	16	0.883	0.873
الاكتئاب	الدرجة الكلية	16	0.939	0.887
الدعم الاجتماعي	الدرجة الكلية	12	0.829	0.861

ويوضح الجدول (3) أعلاه معاملات الاستقرار ومعاملِ الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) لمقاييس الدراسة الثلاثة . حيث تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، لقياس معامل الاستقرار بطريقة إعادة الإختبار لمقاييس الدراسة الثلاثة، ومعامل الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ) لفقرات المقاييس الكلية. كما ويتبين من الجدول (3) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين الاختبار وإعادة الاختبار، وقيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع مقاييس الدراسة الثلاثة، كانا أكبر من الحد المقبول لمعامل الثبات (70%)، ما يشير إلى توفّر درجة عالية من خصائص الصدق الداخلي للمقاييس ومعدل المصداقية في الإستجابات الواردة من المفحوصين.

4. برنامج الإرشاد الجمعي (الملحق 5)

استندَ برنامج الإرشاد الجمعي الذي قامت الباحثة بتطويره والمستخدم في الدراسة الحالية **(الملحق 5)**، إلى منهج العلاج المعرفي والمعرفي السلوكي باستخدام أسلوب الإرشاد الجمعي ومنظور التعليم النفسي (Yalom, 1983)، والذي طبّق في هذه الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية المؤلفة من (ن=15) سيدة مريضة. وقد تألَف برنامج الإرشاد الجمعي من أربعة عشر (14) جلسة إرشاد جمعي بالإضافة لجلسة أخيرة خصصتْ لتطبيق القياس البعدي على المجموعة التجريبية والضابطة، وجلسة أخرى بعد انتهاء البرنامج بشهر تم فيها تطبيق القياس التتبعي على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

الجدول (4). الجدول الزمني لتنفيذ مواضيع برنامج الإرشاد الجمعي على المجموعة التجريبية (ن=15) وتوزيعها على الجلسات الإرشادية

اليوم والتاريخ	الرقم والموضوع الرئيس للجلسة
السبت2015/5/2	الجلسةُ الأولى: التّعارف والتّقديم وبناءُ المصداقيّةِ
الاثنين 2015 /5/4	الجلسةُ الثّانيةُ: تقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000)
الخميس 2015/5/7	الجلسةُ الثّالثةُ: النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب
السبت 2015/5/9	الجلسةُ الرّابعةُ : نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (Daily Record of Dysfunctional Thoughts).
الاثنين 2015/5/11	الجلسةُ الخامسةُ: السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (2)
الخميس 2015/5/14	الجلسة السّادسة : مهارات الاتصال ووضع الأهدافِ (1) لزيادة الدعم الأسري
السبت 2015/5/16	الجلسةُ السّابعة: مهارات وضع الأهدافِ وحل المشكلة (2) لزيادة الدعم الاجتماعي
الاثنين 2015/5/18	الجلسة الثّامنة: التعليمات الذاتية والحوار الذاتي
الخميس2015/5/21	الجلسة التّاسعة: الثلاثي المعرفي: إعادة البناء المعرفي(1)
السبت2015/5/23	الجلسة العاشرة: إعادة البناء المعرفي(1)
الاثنين 2015/5/25	الجلسة الحاديةَ عشرةَ: مهارات المواجهة
الخميس2015/5/28	الجلسةُ الثّانية عشرة: مهارات المواجهة(1) للقلق
السبت 2015/5/30	الجلسة الثّالثة عشرة: مهارات المواجهة(2) للقلق
الاثنين 2015/6/1	الجلسة الرابعة عشرة: تقييم التقدم ومراجعة ما تعلمته المجموعة الدمج والتكامل والقول وداعاً مع السّلامة /الإنهاء

الجلسة الختامية (2) القياس البعدي

عنوان الجلسة	اليوم	عدد المشاركين	المكان	الوقت
التقييم النهائي وتطبيق القياس البعدي	الاثنين 1-6-2015	30	مركز المفرق الصحي	10-1,30

الجلسة الختامية (3) قياس المتابعة

عنوان الجلسة	اليوم	عدد المشاركين	المكان	الوقت
تطبيق القياس التتبعي	الاربعاء2015/7/1	15	مركز المفرق الصحي	10-1,30

وقد تم تنفيذ جلسات البرنامج على مدى خمسة (5) أسابيع، بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، وتراوح زمن الجلسة من (60) ستين دقيقة إلى (90) تسعين دقيقة حسب مضمون كل جلسة ، وقد عقدت الجلسات الإرشادية في إحدى قاعات مركز المفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق. وتمَ تطبيق البرنامج الإرشادي على أعضاء المجموعة التجريبية خلال الفترة الواقعة من يوم السبت 2/5/ 2015، وحتى يوم الاثنين الموافق 2015/6/1. ويوضّح الجدول (4) أعلاه، الجدول الزمني لتنفيذ مواضيع برنامج الإرشاد الجمعي، وتوزيعها على الجلسات الإرشادية. كما يوضح مواعيد القياسين البعدي والتتبعي.

وقد استعانت الباحثة في تصميم البرنامج الإرشادي في الدراسة الحالية، بعدد من النماذج والأدلة العلاجية للقلقِ والاكتئابِ (Kamphuis & Jacquin 1995; Munoz, Ghosh-Ippen, Rao, Le, & Dwyer, 2000; Rossello & Bernal 2007)، التي اعتمدت على العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة لبرامج العلاج والإرشاد النفسي المثيرة للدافعية والمعدلّة للسلوكِ وبشكلٍ خاص برامج التعليم النفسي (Gan, Brammer, & Creedy, 2011)، والعلاج المعرفي السلوكِي (Lamers, Jonkers, Bosma, Diederiks, & Van Eijk, 2006; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel, & Clouse, 1998; Markowitz et al., 2011)، المستخدمة بنجاحِ مع المرضى المصابين بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي، والتي برهنت بأنها تكُون فعّالَة في تَحسين التمسّكِ والالتزام بخطة العلاجِ وضمانِ الإستفادة من خدماتِ العنايةِ الأساسيةِ والثانويةِ. وأشارت إلى أنَ مزيجاً من العلاج

المعرفي السلوكي (CBT) والتعليم عن مرض السكّرِي يعد نوعاً من المعالجة الفعّالة للاكتئاب عند المرضى بالنوعِ الثاني من مرض السكّرِي.

وقد استفادت الباحثة بشكلٍ خاص من دراسة لستمان وآخرون (Lustman et al., 1998، التي بينت فائدة العلاج المعرفي السلوكي لحالات الاكتئاب لدى المرضى بأمراضٍ عضوية كالسكري وضغط الدم المرتفع. كما استندت لنتائجِ دراسة المراجعة التي قام بها ماركويتز وجونزاليز وويلكنسن وسافرين (Markowitz, Gonzalez, Wilkinson, and Safren, 2011)، التي أشارت إلى أنَ التدخّلاتَ النفسية الاجتماعية وبشكل خاص العلاج المعرفي السلوكِي والرعاية الداعمة والعناية التعاونية برهنت على كونها فعّالة في معالجةِ الاكتئاب في المرضى بمرض السكّرِي.

وتَضمّنَت التدخّلات المستخدمة في برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية استراتيجيات التعليم النفسي حول القلق والاكتئاب وعلاقتهما بمرض السكري، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب على جدولة النشاطِ ومهارات حل المشكلة والاتصال ووضع الأهداف التي طبقَت بشكلٍ خاص على الأفكار والنشاطاتِ المرتبطة بالقلق والاكتئاب والمتعلقين بمرض السكري (Georgiades et al., 2007; Lamers et al., 2006; Simson et al., 2008).

وقد استهدفت التدخّلات المستخدمة في البرنامجِ تَعليم المرضى تَحَمُّل المسؤوليةِ عن الإدارةِ اليوميةِ لأعراضِ القلق والاكتئاب المرتبطة بمرضِهم ونتائجِها عليهم. واشتملت بالتالي على **خمس مراحلِ** (Lamers et al., 2006):

١. استكشافُ إدراكَ المريضَات لأصولِ الأعراضِ والشكاوى وعلاقتها بالتقييداتِ والسلوكِ.

٢. احتفاظ كل مريضة بمفكرة يومية، حيث تسجّلُ الأعراضَ، الشكاوى، الأفكار الكئيبة، القلق والهمومِ، المشاعر الحزينة والسلوك ذات العلاقة.

٣. التحدّي باستعمال المعلوماتِ مِنْ المفكرةِ، وحث المريضَة للرَبْط بين مزاجِها وسلوكِها التابعِ خلال مدة المرضِ المُزمنِ. مع التفريق بين الشكاوى المتَعلّقَة بالمرضِ نفسه، وتلك المتَعلّقَة بالنتائجِ العاطفيةِ والسلوكيةِ للمرضِ.

٤. التقدمة لمنظور الإدارةِ الذاتيةِ بحيث تَستكشفُ المريضَة إمكانياتَها لتَعديل سلوكِها. وتضع خططٌ لكَيفيةَ حَلّ مشاكلها وأهدافَ معيّنةَ لكي تُنجزها قبل الجلسةِ القادمةِ.

٥. تقييم التقدّمِ في إنْجاز الأهدافِ.

وقد تضّمن البرنامج التركيز علَى ثمانية (8) مواضيع رئيسية كالتالي: التعريف بالبرنامج والتعارف والبناء؛ تقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000)؛ النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب؛ نموذج السجل اليومي للأفكارِ المختلة وظيفياً؛ ومهارات الاتصال ووضع الأهدافِ لزيادة الدعم الأسري؛ مهارات وضع الأهدافِ وحل المشكلة لزيادة الدعم الاجتماعي؛ التعليمات الذاتية والحوار الذاتي؛ والثلاثي المعرفي :إعادة البناء المعرفي؛ ومهارات المواجهة؛ وأخيراً الدّمج والتّكامل التّقييم والانتهاء. وقد تخلّل جلسات الإرشاد الجمعي عملية تقييم دوري لمدى استفادة المشاركات من البرنامج والقضايا السلبية والإيجابية المتعلقة به من خلال نماذج التقييم الدورية (الملحق 8) بالإضافة إلى نموذجِ التقييم النهائي (الملحق 9) في الجلسة الختامية.

كما استخدم في تطبيقِ البرنامج عدداً من الأساليب والفنيّات الإرشاديّة كالشرح وإعطاء التعليمات والنّمذجة ولعب الدّور والتّعزيز والتّغذية الرّاجعة والواجبات البيتية وإعادة البناء المعرفي والمواجهة. وبشكلٍ خاص فنيات الإرشاد الجمعي العلاجية، مثل الثقة والتماسك وإظهار الاهتمام والتقبل والكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي(Knox, 2009; Yalom, 1983, 1995).

وقد تمَّ التحقّقّ من الصِّدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية من خلال عرضه على مجموعة من المحكمّين المختصين **(الملحق 6)**، تألفت من **ستة (6)** أساتذة من المختصين في الإرشاد النفسي وعلم النفسِ من حملة شهادة الدكتوراه، من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية، لتحديدِ مدَى مُناسبته للأهداف التي أُعدَّ من أجلها، وقد ارتأت لجنة المحكمين أنَ البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات الطفيفة التي تعلقت بزيادة عدد الجلسات، وعلى ضوئه تم تطبيق البرنامج بعد إجراء الإضافات المطلوبة على عدد الجلسات.

وقد نُظّمَت المجموعة بوصفها من نوعِ "مجموعة الموضوعِ المعيّن الخاص" (Topic-specific group; Bergin, 1999)، كمجموعة للإرشاد النفسي القائم على العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي (Psycho-educational Group) ، وكمجموعةِ إرشادية (Counseling Group). "في مجموعاتِ الموضوعِ المعيّن، يُشاركُ كُلّ الأعضاء في مخاوف مماثلةِ حول حالة أَو موقف مُعين. . . . ويُعطي موقف المجموعةَ ويقدم للأعضاء الفرصةَ لفَهْم القضيةِ بعمقِ أكثرِ، ولاسْتِكْشاف وإبْداء المشاعرِ، ولتَمييز إستراتيجياتِ المواجهة. ويَتعلّم أعضاء المجموعةِ بأنّ مشاعرَهم طبيعية، بأنّ أقرانهم يحسُّون بنفس طريقَة الشعور في أغلب الأحيان، وبأنّهم عِنْدَهُمْ الخيارات لمُسَاعَدَتهم ليَتعاملونَ عملياً وبكفاءة أكثرَ مع المشاكلِ وهكذا يقومون بإعادة تأسّيس استقلالية ذاتية وسعادةَ شخصيةَ، كما ويَتلقونَ تعليقاتَ تغذية راجعة أيضاً وَدْعماً مِنْ الآخرين الذين يَفْهمونَ ما هم يُواجهونَه لأن عِنْدَهُمْ مشاكلُ مماثلةُ (Bergin, 1999, p. 322).

المكان

تم تجهيز وترتيب القاعة التي عقدت فيها الجلسات في إحدى قاعات مركز المفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق التابعة لوزارة الصحة الأردنية، بحيث جهزت القاعة بأكثر

من طاولة جلوس دائرية قابلة للتحرّك، ولوح على قاعدة للكتابة، ومقاعد مريحة خاصة بالمشاركات لإضفاء جو مريح على الجلسات، كما تم تزويد كل مشاركة بحافظة أوراق لوضع جميع النماذج التعليمية والتدريبية الخاصة بكل جلسة، هذا بالإضافة إلى توفير بعض المشروبات والأطعمة الخفيفة عند الضرورة.

ملخّص مواضيع برنامج الإرشاد الجمعي

الجلسة الأولى : هدفت الجلسة الأولى لتأسيس وإنشاء علاقة ودية بين المرشدة والأعضاء وما بين الأعضاء، ولتبادل التعارف بين أفراد المجموعة الإرشادية، وتفسير سبب وجود أعضاء المجموعة في البرنامج (مرضى بالسكري وضغط الدم المرتفع يعانون من القلق والاكتئاب وقلة الدعم الاجتماعي)، بشرح ما سنقوم به؟ ومتى سنلتقي؟ سوف نتحدث، قراءة الكتب، الرسم، سنجتمع ثلاث مرات في الأسبوع لمدة خمسة أسابيع، وإشراك السيدات بوضع قواعد المجموعة، والتعرف على توقعات المشاركات في البرنامج الإرشادية وتقديم الواجب البيتي الأول.

الجلسة الثانية : هدفت الجلسة الثانية **لتقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000)** ولزيادة دافعية الأعضاء للمشاركة في المجموعة، مراجعة الواجب البيتي (الأفكار والسلوك والمشاعر) تأسيس علاقة ودية محبة بين المرشدة والأعضاء وما بين الأعضاء، وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى " شبكة الأسماء"، ثم شرح تقييمُ المشكلة، وتقديم تعليقات من الأعضاء عن المشكلة (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته)، وتصورات المريضة للمرض وكيفَ أثر على الأسرة وعلى دورها ومراجعة الواجب البيتي.

الجلسة الثالثة: هدفت الجلسة الثالثة **لتقديمِ النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب** بهدف التعرف على الأفكار المختلة وظيفيا ومن ثم عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي

للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى "أمور حقيقية أَو خيالية (أسراري). إجراء مناقشة حول الأفكار. "ما الذي يدور في ذهنكم الآن وهنا.

الجلسة الرابعة : تقديم نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (Daily Record of Dysfunctional Thoughts). ونشاط لكسرِ الجمود ويدعى " لو لم أكون.... لتمنيت أن أكون.....". مساعدة الأعضاء على الكَشْف والتحدث عن مشاعرهن تجاه أنفسهن وأسرهن وأقاربهن. البدء بالتَعَلّم حول الأفكارِ الآليةِ (Automatic Thoughts (ATs)، ومعالجة ردود الأفعال، المفاجئات، الإحباطات مِنْ بداية الجلسة.

الجلسة الخامسة : تكملة لموضوعِ تحدي الأفكارِ **المختلة وظيفيا** (2). عرض جدول أعمال الجلسة ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى "أفضل / أسوأ اللحظات/ الأوقات في الأسبوع الماضي". مناقشة الطرق التي من خلالها نزيد الأفكار التي تحسن المزاج.

الجلسة السادسة: مهارات الاتصال ووضع الأهدافِ (1) لزيادة الدعم الأسري ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى "عشرين ثانية لإكمالِ قصة تبدأ بها واحدة منكن". التعرف على الأنشطة الممتعة بالنسبة للمشاركين. والتحدث عن مهارات الاتصال ووضع الأهدافِ لزيادة الدعم الأسري .

الجلسة السابعة: مهارات وضع الأهدافِ وحل المشكلة (2) لزيادة الدعم الاجتماعي ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة، نشاط كسر الجمود بأن تطلب منهن سرد أطرف شيء تعرضن له خلال الأسبوع الماضي.

الجلسة الثامنة : التعليمات الذاتية والحوار الذاتي وتقدم المرشدة نشاط لكسرِ الجمود ويدعى"أجمل شيء لديّ وأجمل شيء لدى شخص آخر يدعمني (لزيادة الدعم الاجتماعي). أو أعطِ اسم شخص ليسَ من عائلتك تركَ أثراً كبيراً عليك خلال مدة الأسبوع الماضي؟

الجلستان التاسعة والعاشرة : الثلاثي المعرفي: إعادة البناء المعرفي مراجعة الواجب البيتي. التعرف على جدول الأنشطة الأسبوعي. الاتصالات مع الآخرين. والتحدث عن أهمية الدعم الاجتماعي.

الجلسات الحاديةَ عشرةَ والثانية عشرة والثالثة عشرة : مهارات المواجهة ومهارات المواجهة والتعامل مع ا لقلق وتعليم المسترشدات مهارات يفتقرن إليها أو حثهن لاستخدام المهارات التي لديهن بدرجة أكثر تواتراً. توعية المسترشدات بإستراتيجية الاسترخاء العقلي وعلاقتهما بالتوتر والتكيف. نمذجة وتدريب المسترشدات على مهارة الاسترخاء العقلي.

الجلسة الرابعة عشرة: الدّمج والتّكامل التّقييم والانتهاء ، ومعالجة خبرات المجموعةِ ككل. إحتفالات إنهاءِ مُنَظَّمةِ رَغب الأعضاء وقائدة المجموعةِ في إقامتها. التأكيد على ضرورة الحفاظ على ممارسة ما تعلموه. وتقييم المشاركات للبرنامج الإرشادي ، وتقديم توصيات حول استراتيجيات لمنع الانتكاسات ومواصلة التحسن في المزاج.

الآلية التي سارت عليها جميع جلسات البرنامج الإرشادي والمكرّرة في كل جلسة:

- الترحيب بالأعضاء وشكرهم على الحضور في موعد الجلسة.
- كسر الجمود بين الأعضاء بالسؤال عن أحوالهم وطرح سؤال المرح لمن يرغب في الإجابة عليه.
- مراجعة موضوع الجلسة السابقة بشكل سريع.
- مراجعة قواعد الجلسات الإرشادية.

- مراجعة الواجبات البيتية.
- تقديم التعزيز والتغذية الراجعة من الأعضاء والمرشدة.
- تقديم موضوع الجلسة الحالية واستخدام الفنيات المناسبة.
- تشجيع الأعضاء على التعاون وتقديم التعاطف والدعم لبعضهم البعض.
- تلخيص المرشدة لحديث المشاركات وعمل تلخيص نهائي لمحتوى الجلسة.
- تقديم الواجبات البيتية وتوضيحها للأعضاء، وتحديد زمان الجلسة القادمة ومكانها وإنهاء الجلسة.

ثالثاً: تصميم الدّراسة ومتغيراتها

استندت هذه الدراسة للمنهج البحثي التَّجريبي التام بقياسات قبلية وبعدية لمجموعتين تجريبية وضابطة موزعتين عشوائياً وبقياساتٍ تتبعية للتجريبية فقط، ويمكن التعبير عن تصميم الدراسة الحالية كما يلي:

(G1) : المجموعة التجريبيّة.

(G2) : المجموعة الضّابطة.

(RO1): القياس القبلي.

(X): المعالجة.

(.): بدون معالجة.

(O2): القياس البعدي.

(O3): قياس المتابعة.

G1	R O1	X	O2	O3
G2	R O1	_	O2	

المتغير المستقل : التعرّض لبرنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى العلاج المعرفي والمعرفي السلوكي والتعلم النفسي الاجتماعي.

المتغيرات التابعة: درجات المفحوصين في القياسات البعدية والتتبعية (بعد فترة شهرٍ من القياسِ البعدي) على مقاييس: القلق والاكتئاب والدعم الإجتماعي.

رابعاً: إجراءات الدراسة

تمثلت إجراءات الدراسة في سير العمل وفق الخطوات التالية:

١. حصول البحث على موافقة الجهات الرسمية في الجامعة الهاشمية ومديرية الصحة في محافظة المفرق، وبدأ ت عملية جمع البيانات وإجراءات إنشاء وتنظيم المجموعة الإرشادية بعد الحصول على تلك الموافقات.

٢. البدء بحفظ المواد المجمعة عن هويات المشاركين بصورة تراعى فيها السرية وفتح ملفات على جهاز الكمبيوتر لفصول الدراسة الخمس بالإضافة للملاحقِ للقيام بوضع المواد حسب تصنيفها بصورة دورية على مدار فترة انجاز الدراسة التي توقعَ أن تحتاج لمدة تتراوح من فصلين دراسيين كاملين إلى فصلِ ثالث (الفصل الصيفي) للتهيؤ للمناقشة خلال العام الجامعي 2014-2015.

٣. ترجمة الدراسات السابقة وتوظيفها لغايات الدراسة وإعداد أدوات الدراسة وتقنينها واستخراج الخصائص السيكومترية لضمان صدقها وثباتها في مرحلة الدراسة الاستطلاعية وعلى عينة غير عينة الدراسة.

٤. إعداد المادة العلمية لأدوات الدراسة بما فيها البرنامج الإرشادي استناداً للأدب النفسي النظري والعملي ومن ثم تحكيم أدوات الدراسة بما فيها برنامج الإرشاد الجمعي من خلال

عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين للتحقق من صدقها المنطقي الظاهري تألفت من ثمانية (8) أساتذة من المختصين في الإرشاد النفسي والأسري وعلم النفس من حملة شهادة الدكتوراه، من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية في الإرشاد النفسي والصحة النفسية.

٥. جمع المعلومات الديموغرافية والاجتماعية بطريقة منظمة وتطبيق مقاييس الدراسة (القياس القبلي)، تمهيداً لاختيار عينة الدراسة والتعرف على خصائص مجتمع الدراسة. والحصول على موافقة الطبيب المشرف على الحالة وموافقة المشاركة (والزوج أو ولي الأمر إن وجد) على المشاركة في إجراءات الدراسة (الموافقة المعرفة (Informed Consent)، (مع ضمان موافقة أو علم الزوج /ولي الأمرِ بالدراسة).

٦. تحديد عينة الدراسة والتوزيع العشوائي لها على المجموعتين التجريبية والضابطة، بعد التحقق من انطباق شروط المشاركة في البرنامج الإرشادي عليها واعتبا ر درجاتها على مقاييس الدراسة (القلق والاكتئاب ونقص الدعم الإجتماعي) في المرحلة الأولية هي درجات القياس القبلي على مقاييس الدراسة قبل التعرض للبرنامج الإرشادي.

٧. تطبيق جلسات البرنامج الإرشاد الجمعي من إعداد الباحثة بعدَ خضوعه لإجراءات التحكيم في مركز المفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق، على مدى (14) جلسة إرشاد جمعي وبمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، وبمتوسط مدة زمنية تبلغ (60–90) دقيقة للجلسة الواحدة، ومن ثم تطبيق مقاييس الدراسة قياساً بعدياً على المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة بعد انتهاء البرنامج.

٨. تطبيق مقاييس الدراسة تطبيقا تتبعياً على المجموعة التجريبية، في نفس مكان إجراء البرنامج الإرشادي، بعد مرور شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي.

٩. إدخال البيانات إلى جهاز الحاسوب ومعالجتها بواسطة رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة.

خامساً: المعالجة الإحصائيَّة

استندت هذه الدراسة إلى المنهج التجريبي التام، وللوصول إلى وصفِ أفراد العينة ونتائج الدّراسة والتحقق من فرضياتها، تم استخراج التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك باستخدام التحليل الوصفي، واختبار (T-test) للمقارنات الحسابية لعينات مستقلة للتحقق من تكافؤ المجموعتين في الاختبار القبلي، ولعينات مترابطة للمقارنة بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي للمجموعة التجريبية فقط، واستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي المشترك (Analysis of Covariance (ANCOVA)، لكل من متغيرات (القلق والاكتئاب والدعم الإجتماعي) للمقارنات البعدية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقاييس الدراسة الثلاثة، بالإضافةِ لاستخدامِ قيمةِ مربّعِ إيتا (η^2)؛ لحسابِ حجمِ التّأثيرِ/ الأثرِ (Effect Size)، الّذي سجّلهُ البرنامجُ الإرشاديُّ المستخدمُ على المتغيّراتِ التّابعةِ، وذلك بواسطة إدخال البيانات الخاصة بالدراسة إلى جهاز الحاسوب ومن ثم معالجتها وتحليلها إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

الفصل الرابع

نتائـج الدراسـة

- أولاً: النتائج المُرتبطة بالفرضية الأولى
- ثانياً: النَتائج المُرتبطة بالفرضية الثانية
- ثالثاً: النتائج المُرتبطة بالفرضية الثالثة
- رابعاً: النتائج المُرتبطة بالفرضية الرابعَة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

للتحققِ من صحةِ فرضياتِ الدراسة، تمَ استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك باستخدام التحليل الوصفي، وقد تم تحليل هذه البيانات إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واستخدمت الإحصائيات التالية لمعالجة البيانات المتعلقة بكلٍ من فرضيات الدراسة الأربعة.

وفيما يلي عرض للنتائج التي تم الوصول إليها ومناقشتها مصنفة وفقاً لتتابع فرضيات الدراسة الأربعة:

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والثانية والثالثة للدراسة والتي يمكن إجمالها بحيث تنصّ على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بينَ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طُبقَ عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، على مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي".

للتحققِ من صحة الفرضية الأولى والثانية والثالثة ، تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد المجموعة التجريبية والضابطة علَى مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعمِ الاجتماعي في القياس القبلي والبعدي، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) تمَ إجراء تحليل التباين الأحادي المشترك (One way ANCOVA)، للأداء على كل من مقاييسِ الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي. وفيما يلي عرض لنتائج تحليل بيانات هذه المقاييس الثلاث.

ويوضح الجدول (5) نتائجَ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء أفرادِ المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في القياسات القبلية والبعدية.

الجدول (5). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس الدراسة الثلاثة للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات القبلية والبعدية

المقياس	المجموعة	العدد	القياس القبلي		القياس البعدي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	التجريبية	15	36.77	15.5	16.35	1.84
	الضابطة	15	38.38	3.76	31.89	2.90
الاكتئاب	التجريبية	15	35.86	7.07	16.15	1.24
	الضابطة	15	38.25	4.71	31.51	3.73
الدعم الاجتماعي	التجريبية	15	20.49	4.94	29.37	2.19
	الضابطة	15	17.95	5.31	14.42	3.18

أولاً : مقياس القلق

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الأولى الخاصة بالقلق "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليه م أي برنامج إرشادي، على مقياسِ القلق في الاختبار البعدي ". تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلّة والأخطاء المعيارية للدرجاتِ على مقياسِ القلق في الاختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار درجات القياس القبلي لفقرات مقياسِ القلق لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي لمقياسِ القلق، كما يتضح في الجدول (6).

الجدول (6). المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدّلة للأداء على مقياسِ القلق في القياس البعدي لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدَل	الخطأ المعياري
التجريبية	16.18	0.672
الضابطة	32.08	0.672

حيث يتبين كما يتضح في الجدول (6) أنَ المتوسط الحسابي المعدّل لمقياس القلقِ البعدي للمجموعة التجريبية (م=16.18) كانَ أدنَى من المتوسط الحسابي المعدّل للمجموعة الضابطة (م=32.08).

الجدول (7). تحليل التباين الأحادي المشترك (ANCOVA) لمقياس القلقِ البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	0.259	1	0.259	0.041	0.841	0.002
المجموعة	1660.27	1	1660.27	262.62	0.000	0.913
الخطأ	158.044	25	6.322			
الكلي	19440.818	30				
الكلي المصحح	1976.328	29				

ويبين الجدول (7) أعلاه، نتائج تحليل التباين الأحادي المشترك (ANCOVA) لمقياس القلقِ البعدي وفقاً لمتغير المجموعة. حيث بلغت قيمة "ف" (262.62) وهي قيمة دالّة

إحصائياً عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) ما يؤدي إلى قبول الفرضية الهحثية ورفض الفرضية الصفرية البديلة، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياسِ القلق.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين الأداء على مقياسِ القلقِ ، تم استخراج قيمة مربع ايتا ($^2\eta$) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين الجدول (7) أن قيمة مربع إيتا ($^2\eta$) بلغت (91.3%) وهي قيمة مرتفعة؛ ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على مقياسِ القلقِ، ويعني أن برنامج الإرشاد الجمعي الذي استخدمته الباحثة قد أحدث تحسناً في مستوى القلقِ لدى المريضات بالسكري وضغطِ الدم المرتفع اللواتي شارَكنَ في برنامج الإرشاد الجمعي.

ثانياً: مقياس الاكتئاب

للتحقق من صحة هذا الجزء من الفرضية ال ثانية المتعلق بلالاكتئابِ "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليه م أي برنامج إرشادي، على مقياسِ الاكتئابِ في الاختبار البعدي". تمَ حساب المتوسطات الحسابية المعدلّة والأخطاء المعيارية المعدلّة للدرجاتِ على مقياس الاكتئابِ في الاختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار درجات القياس القبلي لفقرات مقياسِ الاكتئابِ لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي لمقياس الاكتئابِ، كما يتضح في الجدول رقم (8).

الجدول (8). المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدّلة للأداء على مقياسِ الاكتئابِ في القياس البعدي لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدّل	الخطأ المعياري
التجريبية	16.11	0.745
الضابطة	31.55	0.745

ويتضح في الجدول (8) أنَ المتوسط الحسابي المعدّل لمقياسِ الاكتئابِ البعدي للمجموعة التجريبية (م=16.11) درجة، كانَ أدنَى من المتوسط الحسابي المعدّل للمجموعة الضابطة (م=31.55) درجة.

الجدول (9). تحليل التباين الأحادي المشترك (ANCOVA) لمقياسِ الاكتئابِ البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	9.510	1	9.510	1.195	0.285	0.046
المجموعة	1565.778	1	1565.778	196.766	0.000	0.887
الخطأ	198.939	25	7.958			
الكلي	19026.541	30				
الكلي المصحح	1985.707	29				

ويبين الجدول (9) نتائج تحليل التباين الأحادي المشترك لمقياسِ الاكتئابِ البعدي وفقاً لمتغير المجموعة. حيث بلغت قيمة "ف" (196.76)، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية (0.000)

عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية البديلة، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياسِ الاكتئابِ.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين الأداء على مقياسِ الاكتئابِ، تم استخراج قيمة مربع ايتا (η^2) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين الجدول (9) أن قيمة مربع إيتا (η^2) بلغت (88.7%) وهي قيمة مرتفعة؛ ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على مقياسِ الاكتئابِ، ويعني أن برنامج الإرشاد الجمعي الذي استخدمته الباحثة قد أحدث تحسناً في مستوى الاكتئابِ لدى المريضات بالسكري وضغطِ الدم المرتفع اللواتي شارَكنَ في برنامج الإرشاد الجمعي.

ثالثاً: مقياس الدعم الاجتماعي

للتحقق من صحة هذا الجزء من الفرضية الأولى المتعلق بالدعمِ الاجتماعي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج الإرشاد الجمعي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي برنامج إرشادي، على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي في الاختبار البعدي". تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلّة والأخطاء المعيارية للدرجاتِ على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي في الاختبارِ البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وذلك بعد الأخذ بعين الإعتبار درجات القياس القبلي لفقرات مقياسِ الدعمِ الاجتماعي لكل من المجموعتين وذلكَ كمتغير مشترك لوجود التباين في المقياس البعدي لمقياس الدعمِ الاجتماعي، كما يتضح في الجدول رقم (10).

الجدول (10). المتوسطات الحسابية والأخطاء المعيارية المعدلَة للأداء على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي في القياس البعدي لدى أفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	29.24	0.726
الضابطة	14.55	0.726

ويتضح في الجدول (10) أنَ المتوسط الحسابي المعدّل لمقياسِ الدعم الإجتماعي البعدي للمجموعة التجريبية (م=29.24) درجة، كانَ أعلى من المتوسط الحسابي المعدّل للمجموعة الضابطة (م=14.55) درجة.

الجدول (11). تحليل التباين الأحادي المشترك (ANCOVA) لمقياس الدعمِ الاجتماعي البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة) لدى أفراد عينة الدراسة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	0.630	1	0.630	0.085	0.773	0.003
المجموعة	1417.672	1	1417.672	191.947	0.000	0.885
الخطأ	184.644	25	7.386			
الكلي	16272.569	30				
الكلي المصحح	1886.459	29				

ويبيّن الجدول (11) نتائج تحليل التباين الأحادي المشترك لمقياس الدعمِ الاجتماعي البعدي وفقاً لمتغير المجموعة. حيث بلغت قيمة "ف" (191.95) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية (0.000) عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية البديلة، أي أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي.

ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين الأداء على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي ، تم استخراج قيمة مربع ايتا ($^2\eta$) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين **الجدول (11)** أن قيمة مربع إيتا ($^2\eta$) بلغت (88.5%) وهي قيمة مرتفعة؛ ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على مقياسِ الدعم الاجتماعي، ويعني أن برنامج الإرشاد الجمعي الذي استخدمته الباحثة قد أحدث تحسناً في مستوى الدعم الاجتماعي لدى المريضات بالسكري وضغطِ الدم المرتفع اللواتي شارَكنَ في برنامج الإرشاد الجمعي.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة للدراسة والتي تنصّ على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي، وبين متوسط درجاتهن في الاختبار التتبعي على نفسِ المقاييس". وللتحقق من صحة فرضية الدراسة الرابعة، تم إستخدام إختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test).

ويوضح الجدول (12) المتوسطات والانحرافات المعيارية والأخطاء المعيارية لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (15) مشاركة.

الجدول (12). المتوسطات والانحرافلت المعيارية والأخطاء المعيارية لدرجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة لأفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=15)

المقياس	القياس	عدد المشاركين	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
القلق	البعدي	15	16.35	1.84	0.476
	التتبعي	15	11.95	3,52	0.907
الاكتئاب	البعدي	15	16.15	1.24	0.322
	التتبعي	15	12.48	3.36	0.867
الدعم الاجتماعي	البعدي	15	29.37	2.19	0.567
	التتبعي	15	28.44	2.64	0.683

يتبين من الجدول (12)، وجود فرق ظاهر بين متوسطي الأداء للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة (القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي) وذالك لصالح القياس التتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب فقط؛ ونجد أنَ الفرق بين متوسطي الدرجات على مقياسِ الدعم الإجتماعي كان لصالح القياس البعدي. حيث بلغَ المتوسط الحسابي للقياس التتبعي على هذه المقاييسِ الثلاثة كانَ (م= 11.95؛ 12.48؛ 28.44) درجة على التوالي، بينما بلغَ المتوسط الحسابي للقياس البعدي على نفسِ هذه المقاييسِ (م= 16.35؛16.15 ؛ 29.37) درجة على التوالي.

وللتعرف على ما إذا كانَ هذا الفرق ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) فقد تم إجراءِ إستخدام إختبار "ت" للعينة المترابطة (Paired-Sample t-test)، لأداءِ المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة. ويوضح **الجدول (13)** نتائج اختبار "ت" للفروق بين درجتي القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة (القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي) لأفراد عينة الدراسة التجريبية وعددهم (15) مشاركة.

الجدول (13). نتائج وقيمة اختبار (ت) " t" لدلالة الفروق بين متوسطات درجة القياس البعدي والتتبعي على مقاييس الدراسة الثلاثة لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية (ن=15)

المقياس		الفروق الزوجية					درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		م	ع	الخطأ المعياري	95% مدى الثقة في الفروق				
					أدنى	أعلى			
القلق	البعدي								
	التتبعي	4.41	3.02	0.78	2.73	6.08	14	5.653	0.000
الاكتئاب	البعدي	3.67							
	التتبعي		3.20	0.83	1.89	5.44	14	4.437	0.001
الدعم الاجتماعي	البعدي	0.93					14		
	التتبعي		3.85	0.99	-1.19	3.06		0.937	0.364

وتشير بيانات الجدول (13) أعلاه، إلى وجود فروق إيجابية دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، بين درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية المشاركين في البرنامج الإرشادي، على جميع مقاييس الدراسة الثلاثة، بإستثناء مقياسِ الدعم الاجتماعي. ويُلاحظ أنه في حين تشير بيانات الجدول (13) إلى أنَ درجات القلق والاكتئاب استمرت في التحسنِ إيجابياً وبدرجة دالة إحصائياً في الاختبارِ التتبعي، حيث تراجعَ متوسط الدرجات على مقياسِ القلق في القياسِ التتبعي ليصبح أدنى (م=11.9) درجة، من القياسِ البعدي (م=16.3) درجة؛ كما انخفض متوسط الدرجات على مقياسِ الاكتئاب في القياسِ التتبعي ليصبح أدنى (م=12.5) درجة، من

القياسِ البعدي (م=16.1) درجة؛ فإنّنا نجد أيضاً، أنَ بيانات الجدول (13) تشير إلى أنَ متوسط الدرجات على مقياسِ الدعم الاجتماعي قد تراجعَ سلبياً، لكن الفروق بين الاختبارين البعدي (م=29.4) والتتبعي (م=28.4) لم تصل إلى حدِ الدلالة على هذا المقياسِ؛ ما يعني رفض الفرضية الصفرية للدراسة وقبول الفرضية البديلة لكن جزئياً.

ويبين الجدول (13) أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي لمقياسي (القلق والاكتئاب)، قد بلغت (5.6؛ 4.4)، على التوالي، وحيث أن مستوى الدلالة لقيمة "ت" لهذين المقياسين عند درجة حرية (14) قد بلغت (0.000؛ 0.001) على التوالي، وهي قيمة دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياسي القلق والاكتئاب يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، وذلك لصالح القياس التتبعي حيث انخفضت الدرجات بصورة دالة إحصائياً.

كما تشير بيانات الجدول (13)، إلى أن قيمة "ت" المحسوبة للفرق بين متوسطي درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الدعم الاجتماعي قد بلغت (0.937)، وحيث أن مستوى الدلالة لقيمة "ت" لهذا المقياس عند درجة حرية (14) قد بلغَ (0.364)، وهي قيمة غير دالّة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، لذا فإن الفرق بين متوسطي القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس الدعم الاجتماعي لا يعد فرقاً دالاً إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) وبذلك يتم رفض الفرضية الرابعة الصفرية للدراسة وقبول الفرضية البديلة لكن بصورة جزئية .

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

سعت الدراسة الحالية إلى تقصي وفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منهج الإرشاد المعرفي السلوكي ومنظور التعليم النفسي، على تحسينِ مستويات القلق والاكتئابِ والدعم الاجتماعي لدى عينة منَ السيدات المُصابَات بمرضِ السكري وضغط الدمِ المرتفعِ ، وذلك من خلال فحص أربع فرضيات، وسيتم فيما يلي مناقشة نتائج التحليل الإحصائي لتلك الفرضيات تباعاً.

وقد توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضيات الدراسة الأولى والثانية والثالثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة لأداء عينة الدراسة من السيدات المُصابَات بمرضِ السكري وضغط الدمِ المرتفعِ، على مقاييسِ الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي. وتشير هذه النتائج إلى أنَ برنامج الإرشاد الجمعي المصمم من قبل الباحثة لغايات الدراسة الحالية والذي استندَ لمنهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي، قد أثبت تأثيرَه وفعاليته في تحسين التوافق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية. فقد تبينَ أنَ السيدات في المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يشاركوا في أي برنامج، أبلغنَ في القياسِ البعدي عن مستويات كانت أدنَى على كلِ من مقياسِ القلق والاكتئابِ على التوالي (م= 16.35؛ م=16.15 درجة) مقابل (م=31.89؛ م=31.51 درجة) سجلها أفراد المجموعة الضابطة على نفسِ المقياسين في القياسِ البعدي . كما أبلغت هؤلاءِ السيدات في المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة

الضابطة عن مستويات كانت أعلَى على مقياسِ الدعمِ الاجتماعي (م=29.37 درجة مقابل م=14.42 درجة) للمجموعة الضابطة.

وتتفقُ هذه النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على متغيراتِ القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي لدى عينة الدراسة من السيداتِ المصابات بمرضِ السكري وضغط الدمِ المرتفعِ وبوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لمرضى السكري وغيرها من الأمراض والأوضاع الصحية المزمنة، ومنها بعض الدراسات العربية (مثلاً: بكيري، 2012؛ التميمي، 2006؛ السوالمة، 2008؛ أبو فايد، 2010). وبعضِ الدراسات الأجنبية (Chen et al., 2006; Al Hayek et al., 2013; Lustman et al., 1998; Palizgir et al., 2014; Penckofer et al., 2012; Rossello & Jimenez-Chafey, 2006; Sharif et al., 2014; Snoek et al., 1999, 2001; Stiefel et al., 2008).

وتنسجم هذه النتائج أيضاً مع الدراسات التي استهدفت تحسين مستوياتِ التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينات من المرضى ومنها بعض الدراسات العربية (مثلاً: خليفة، 2014 العجوري، 2007؛ عوض الله وآخرون، 2008؛ الغامدي، 2010).

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتأثير البرنامج الإرشادي الجمعي بالعلاج بالمعرفي السلوكي والتعليمِ النفسي في التقليل من القلق والاكتئاب، وزيادة مستويات الدعمِ الاجتماعي، بأنها قد تعود لعدة عوامل تتعلق بالشروط الميسرة (Rogers, 1963) وبالفنيات الإرشادية التي استخدمتها الباحثة خلال عملها مع هذه المجموعة الإرشادية،

ومنها التقبل غير المشروط والتعاطف والأصالة والاحترام المتبادل وبناء عامل الثقة مع المسترشدات في بيئة آمنة، كما وتثيرُ الانتباه لدور القوى الكامنة الخاصة داخل المجموعة والتي تنتج تغيّرات بناءة أو ما أطلقَ عليها يالوم (Yalom, 1983, 1995) العمليات العلاجية والشفائية (Curative Factors) كعملياتِ الكشف عن الذات والتغذية الراجعة والمجازفة والاهتمام والقبول والأمل والشعور بالقوة والتنفيس الانفعالي (Catharsis). ولقد لمست الباحثة تأثير خبرة المجموعة الإرشادية التي كانت غنية بالأنشطة المقصودة والموجهّة لهدف الجلسة، في كثير من الأنشطة التي قامت بها المشاركات في البرنامج، وكان أهمها " مهارة الاستثناءات والأمل" خاصة لأنَ الأمل يمثل الاعتقاد بأن التغيير ممكن (بأنَ المريضة ليست ضحية لما حدثَ ويمكنها القيام بقرارات جديدة)، ويعدُ الأمل علاج بحد ذاته، لأنه يعطي الأعضاء الثقة بأنهم يمتلكون القوة للاختبار بأن يكونوا مختلفين (Corey, & Corey, 1997, p. 248).

كما لُوحظَ خلال عملِ المجموعة، التأثير الواضح للتفاعلات التبادلية وخبرة المجموعة التي تقدمت بشكلٍ تدريجي عبر مراحل في تطورها، وذلك انعكسَ خلال تأدية المشاركات لبعض الأنشطة التدريبية التي شملها البرنامج، وكان أهمُها التحدّث بصورة متحفظة وأحياناً بانفتاح عن الخبرات الحياتية المتعلقة عن المشكلة (التجربة الشخصية عن المرض وتأثيراته)، وعن أدوارِهن في تقديم الرعاية لأسرهنَ التي طرأ عليها الكثير من الإرتباك كزوجات وأمهات ، خاصة أن العملية تمت بصورة منظمّة جداً من خلال قيامهن بالكشفِ عن معاناتهن خلالِ الجلسات بالرسوماتِ عن التغييرات وبتجميعِ الصورِ العائلية التي كانت في الماضي وأيضاً الآن في الحاضر، وبالكتابة عن الخبرات الحياتية المتعلقة بأدوارهن التي تحملنَها ما ساعدَ المسترشدات على التأمل وإعادة النظر في معنى التجارب والخبرات التي تعرضّن لها سابقاً داخلِ الأسرة، بالإضافة إلى تسهيل التعبير عن المشاعر والتنفيس الانفعالي للمشاعر المؤلمة المرتبطة

بتلك الخبرات، ولقد ساعدت هذه الفنية معظم هؤلاء السيداتِ على مواجهة دورهن ومسؤوليتهن وانفعالاتهن المضطربة من خلال سردهن لخبراتهن الأسرية، فقد شعرت المسترشدة المشاركة عندهَا أنها ليست الوحيدة التي تعاني من تلك الخبرات المؤلمة وذلك من خلالِ وجودها في مجموعة تشترك في نفسِ المشكلة أو ربما كانَ لديها خبرات أكثر إيلاماً بسببِ حدة مرضها، وبالتالي يُمكنُ القول أنَ خبرةِ من هذا النوع قد تكون أسهمت في التخفيفِ من مشاعر القلق والاكتئاب لديها وقادَت إلى تحسينِ مستويات تبادلِ الدعم الاجتماعي وتعديل تصوراتهن للبيئة الأسرية لديهن.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية المتعلقة بتحسن أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، على جميع مقاييس الدراسة (القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي)، بأنها تعود إلى كون البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، قد اعتمدَ أساساً على الاعتراف وتلبية حاجات أفراد العينة والأهداف التي يسعون إلى تحقيقها من خلال هذا البرنامج، وتوظيفه للفنيات الخاصة بالمنهج الإرشادي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي، لتحقيق هذه الأهداف والتي ساهمت في الوصول إلى هذه النتيجة عندما استهدفت المشكلات المراد معالجتها من خلال هذا البرنامج مثل الشرح وإعطاء التعليمات والنمذجة ولعب الدور والتعزيز والتغذية الراجعة والواجبات البيتية.

هذا بالإضافة إلى ما تضمنه البرنامج من تركيز جلسات بشكل مباشر على عرض ومناقشة المريضات للمشكلات والضغوطات التي تواجههم جراء مرضهم بمرض مزمن في بيئة إرشادية آمنة ومتقبلة، ومناقشة الأهداف التي وضعتها المريضة سابقاً، وتشجيع التحدث عن المشكلة الخاصة بكل مريضة بطرح "ما الذي جعلك تأتين إلى المجموعة اليوم؟ واستخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي والعلاجِ مثل: إعادة البناء المعرفي والتعبير عن المشاعر ولعب

الدور والواجبات البيتية، وبشكل خاص فنيات الإرشاد الجمعي العلاجية (Yalom, 1983, 1995)، مثل الثقة والتماسك وإظهار الاهتمام والتقبل والكشف عن الذات والتنفيس الانفعالي، التي يبدو أنها جميعاً قد ساعدت هؤلاء السيدات على التعامل مع القضايا التي ارتبطت بمرضهن وأثرت عليهن.

ويَقترحُ عملُ يالوم (Yalom, 1983) البارز في العلاج الجمعي والذي وجهَ العديدَ من التدخّلاتَ المستعملة مع أسرِ المرضى (Heiney & Lesesne, 1996)، أنَ الخصائص العلاجية من التنفيس الانفعالي والتَعَلّم ما بينَ الشخصي والعالمية وسلوك التقليد، التي توجَدَ في عملِ المجموعات الإرشادية، تسهّلَ عمليات المواجهة والتعامل الكفؤ مع الموترات الحياتية عند الفرد.

وتؤكد هذه النتيجة بمجملها أنَ العلاج المعرفي السلوكي المقدم في صيغة مجموعة إرشادية صغيرة العدد يعتبر واحداً من الخيارات الناجحة في التقليل من التعاسة والمحن النفسية المرتبطة بالإصابة بمرض مزمن ، وبصورة خاصة، أن الإرشاد الجمعي المستند إلى المنهج المعرفي السلوكي مع مرضى السكري وضغطِ الدمِ المرتفع يكون فعّالاً للغاية ولا تقل كفاءته عن فاعلية الإرشاد الفردي (Sheard & Maguire, 1999).

ولا يخفى أن المعلومات في مكون التعليمِ النفسي في البرنامج الإرشادي والتي زُودت المجموعة التجريبية بها عن المرض وملابساته كانت فعالة وأحدثت تأثيراً إيجابياً، ويُمكن القول أنه وبسبب عدم التأكد والحيرةِ وتناقص توفر هذه المعلومات كلية في النظامِ الأسري (Zahlis & Lewis, 1998)، فقد جاءت هذه المعلومات لترد على التساؤلات والشكوك التي تدور في أذهانهن، وربما جعلت هؤلاءِ السيدات المريضات يزددن يقيناً بأنَ المرض مع أنه مزمن وقد يبقى على هذا الحالِ مدة طويلة إلا أننا بالرغمِ من ذلك يمكننا العيشِ مع الألم ومواصلة حياتنا في

الدراسة والتطلع للمستقبلِ وقطفِ "لحظات سعادة" وذلكَ على أساس منظم مع أنفسنا ومع من نحبهم.

وقد تبينَ أن الموضوع المشترك لدى هؤلاء المريضات خلالِ أحاديثهن حول خبراتهن مع المرضِ، كانَ البقاء قريبات من أبنائهنَ وأزواجهنَ للتأكدِ من أنهنَ ما زلنَ موجودات ضمن نظام الأسرة الذي اختلفَ بعد مرضهن فيما يتعلق بالأدوارِ والقواعد المنظمة للعلاقات والتكاليف المالية المرهقة لبعضهنَ والأوقات والجلسات العائلية التي استبدلت لتخصص للعيادة والمراجعات الطبية، بينما في أوقات أخرى، كنَ يردن الهروب وتجاهل وإهمالِ الموقف، ليشاركن في بعض النشاطاتِ خارج البيت كزيارة الأهلِ والصديقات والتي كانت تنتهي بارتفاع شعورهن بالذنبِ . ولعلَ الكشف عن هذه الخبرات التي بدت مشتركة بينَ أعضاء المجموعة أسهمَ في تطبيعها وفي تخفيفِ الشعور بالقنوطِ والقلق لديهم.

كما أنَ عملية تمييز المشاعر والأفكار والسلوكات والصلة القائمة بينها، واستبدال بعض الأفكار المغلوطة يمكنُ أن تكون قد سهّلَت حدوث التعبير العاطفي داخلِ وخارج الجلسة ما سهلَ أيضاً تعديل عمليات البيئة الأسرية من تماسك وارتباط وترابط، فالتعبيرِ العاطفيِ يبدو أنه يتَوسّط العلاقات بين التماسكِ العائليِ وقلقِ الآباءِ المرضى (Harris & Zakowski, 2003). كما سهلت عملية التدريب على مهارة الاتصال وحل المشكلات من نوعية العلاقةِ الوالدية بين المريضة والزوج والأبناءِ (الوالد السليم والأبناء)، ما يحتمل أن يكون قد جعلَ السيدات يبلغن عن مستويات كانت أعلى بدرجة دالة على مقياسِ الدعم الاجتماعي وأدنى على مقياسي القلقِ والاكتئابِ.

وتُؤكّدُ نظرية لازاروس وفولكمان (Lazarus and Folkman, 1984) بأنَ العواطف والتقييمات الإدراكية للموتّرات توجّهُ قدرات الفردِ على المواجهة والتعامل، وأن مُسَاعَدَة المرضى

لكَسْب السيطرةِ من خلال استعمالِ إستراتيجياتِ السيطرةِ المُعَرَّفةِ (Last & Grootenhuis, 1998)، يحَسّنْ من إدراكهم للسيطرة على الموقف الموترِ ومن إجادتهم وبراعتهم في ذلكَ. ويَبْدو أن التوافق النفسي للمريض يكون وثيق الصلة بدرجة أكثرِ بتصوّراتِ التوتر المرافقة للمرض وليسَ بشدَّةِ المرضِ الموضوعيةِ (Korneluk, & Lee, 1998).

وأخيراً، أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة للدراسة، إلى وجود فروق دالة إحصائياً للأداء بين متوسط القياس البعدي ومتوسط القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي، على مقاييس الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب، باستثناء مقياس الدعم الإجتماعي الذي تراجع في القياس التتبعي عن القياس البعدي لكن ليسَ بدرجة دالّة.

وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى أنَ برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي والتعليم النفسي الذي أعدته الباحثة، قد برهنَ على تأثيره نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة بالمكاسِب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي بل استمرار هذه النتيجة الإيجابية، وذلك في فترة القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاءِ البرنامج، وذلك فيما يتعلق بتقديرات المريضات الذاتية من أفراد المجموعة التجريبية عن مستوى معاناتهن من القلق والاكتئابِ والتي تحسّنت لتنخفض ما بينَ القياس البعدي (م=16.3؛ 16.15) والتتبعي (م=11.9؛ 12.5) على التوالي، وبدرجة دالة إحصائياً، وكما تراجعت درجاتهن على مقياس الدعم الاجتماعي ولكن بدرجة لم تكن دالّة إحصائياً، فقد انخفضت درجات المجموعة التجريبية ما بين القياسين (م=29.4؛ 28.4) البعدي والتتبعي على التوالي، لكن هذا التراجع السلبي لم يكن دالاً إحصائياً.

وتنسجم هذه النتيجة بوجه عام وتتفق مع نتائج بعض الدراسات التي برهنت على كفاءة برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المرضى، ومنها بعض الدراسات العربية (مثلاً: بكيري، 2012؛ التميمي، 2006؛ أبو فايد، 2010). وبعضِ الدراسات الغربية (Chen et al., 2006; Al Hayek et al., 2013; Lustman et al., 1998; Palizgir et al., 2014; Penckofer et al., 2012; Rossello & Jimenez-Chafey, 2006; Sharif et al., 2014; Snoek et al., 1999, 2001; Stiefel et al., 2008; Van Bastelaar et al., 2008). التي أشارت لاحتفاظ المشاركين بالنتائج العلاجية في قياسات المتابعة وذلك على عينات من المرضى من المُصابين بأوضاعٍ صحية مزمنة بما فيها مرض السكري ومن الذين يتعرضون لأحداثٍ مأساوية طويلة الأمد.

كما وتتوافق هذه النتيجة مع نتائجِ المراجعاتِ السابقةِ (Snoek, & Skinner, 2002)، التي أظهرت أنَ برامج العلاج المعرفي السلوكي وإلى حدٍّ ما نسبياً تؤدي لتَثبيت تأثيرِ ات الإرشاد النفسيِ في حالات مرضى السكّرِي. وإلى أنَ العلاجِ المعرفي السلوكِي (CBT) يكون فعّالاً في معالجةِ القلق والاكتئابِ لدى مرضى السكري من النوعِ الثاني، بالإضافة لبعضِ التأثيرات الإيجابية التي لوحظتْ في مجالِ إدارةِ الإجهادِ وإضطرابات التغذية والسلوك التدميري الذاتي المرتبطة ضمنياً بمرض السكري وضغط الدم المرتفع المصاحب لمرض السكري في أغلب الحالات.

كما وتختلف النتيجة المتعلقة بلستمرارِ تحسن وتراجع درجات المشاركين على مقياس الاكتئاب في القياس التتبعي تحديداً مع نتائج دراسة هايز ومورغَان (Hayes and Morgan, 2005)، التي توصلت في القياسِ التتبعي مع مجموعات من المسترشدين لنتائج لم تكن متماثلة مع نتيجة الدراسة الحالية.

وتبرز هذه النتيجة وجود نتيجتين فرعيتين فمن ناحية أثبتَ البرنامج الإرشادي فعاليته نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة من السيدات المصابات بمرض مزمن، بالمكاسِب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، في فترة القياس التتبعي بعد مرور شهر على انتهاءِ المجموعة الإرشادية، وذلك فيما يتعلق باستمرارِ انخفاضِ شعورهن بالقلق والاكتئابِ. ومن جانبٍ آخر نرى أن المريضات لم يتمكن من المحافظة على مستوى التحسن الذي أحرزنه في القياسِ البعدي على مقياسِ الدعم الاجتماعي وذلك بعد شهر عند القياس التتبعي فقد عادت درجاتهن على مقياسِ الدعم الاجتماعي للإنخفاضِ ثانيةً، ما يعكس تراجع تصوراتهن لنوعية الدعم الاجتماعي الذي يتلقينه داخل أسرهن وخارجها ومن ترابط ومودة وألفة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الأخيرة لكون تكنيكات البرنامج الذي استند بصورة رئيسية إلى مفاهيم بيك والعلاج المعرفي والتي كانت تستهدف تحقيق أهداف أفراد العينة فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب، والتي تركزت في مجملها على تحسين أوضاعهن العاطفية المتضاربة والمزعجة لهن وقلقهن المستمر على مستقبلهن الصحي، من خلالِ تقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000) وتعلم النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب واستخدامِ السجل اليومي للأفكارِ المختلة وظيفياً والتلاشي المعرفي وإعادة البناء المعرفي ، لكن يبدو أن مواضيع البرنامج التي تركزت على بناء علاقات وثيقة متعددة وإيجابية مع المريضات الأخريات من أعضاءِ المجموعة وتحسين الدعم الذاتي والأسري والاجتماعي ودعم مهارات الاتصال ومواجهة التوترات البيتية، التي استهدفت تحسين شبكة الدعم الاجتماعي لم تكن كافية لجعلِ المشاركات يحتفظنَ على المدى البعيد بتلك المهارات نسبياً.

وتؤكد هذه النتيجة نسبياً، على صحة الأفكار الواردة في الأدب النفسي بأنَ تلبية الحاجاتِ المعلوماتيةِ التي توفرها برامج التعليم النفسي تمُيّز كعامل أساسي في تَخفيض الضِيقِ

لدى أسرِ المرضى (Abrahamson, Durham & Fox, 2010). ويَقترحُ جيرسكي (Gursky, 2007)، أنَ التدخّل العلاجي الذي يزود أحد أفراد أسر المرضى بالمعلومات الكافية والمناسبة لأعمارهم تجعلهم يتمكنوا من استخدام إستراتيجياتَ المواجهة التكيّفية بمعدلات أكثرِ مِنْ الذين يتلقون معلومات أقل. ويبدو أنَ التزوّد بالمعلوماتِ يُمْكِنُ أَنْ يزِيدَ من مشاعرَ التماسكِ والأمنِ العائليِ، وبالتالي يُخفّضُ من التحريمات (Taboo) التقليدية التي تحيطُ بالمُناقشات الصعبة حول المرضِ (Roloff & Ifert, 2000).

كما ويُمْكِنُ أن تعزى هذه النتيجة المتعلقة تحديداً بتراجع تقديرات المريضات على مقياس الدعم الاجتماعي أيضاً إلى عوامل توسطية أشار لها الباحثون من مثلِ الحالة الاقتصادية والاجتماعية (SES) والأعباء المالية المرتبطة وطبيعة المرض وتقلب وتصاعد الأعراض الاكتئابية عند السيدات المريضات (Nelson & While, 2002). ويرى الباحثون أن توفير المعالجة الطبية والنفسية الملائمة للوالد المريض والتي تضع في اعتبارها أيضاً تحسين الحالة النفسية للوالد السليم وإشراكه في العلاج، قد يكون عاملاً مهماً في حماية المرضى من الاضطرابات النفسية. لذا، فإنَ أنظمة الدعم وبرامج الإرشاد الأسري من الضروري أن تكون موجهة نحو العائلة ومتمركزة على المريض والأشخاص القريبين منه بدرجة أكثر وذلك في تدخلاتِ المرشدين الأسريين لتقديمِ الرعاية النفسية والاجتماعية لأفراد أسرِ الآباءِ والأمهات المصابين بأمراض مزمنة (Schmitt et al., 2007). وأيضاً يوصي البعض (Niemela, Hakko, & Rasanen, 2010)، بضرورة الجمعِ ما بين التدخلات الأسرية وتدخلات الأبناءِ حيث يمكن لكل من الأطفال والآباء أن يكَونوا مشاركين في البرامجِ العلاجية ما يؤثر على الجو الأسري والوظائف الأسرية بشكل شامل ويدعم بالتالي المريض. وهذا قَدْ يَقترحُ أنَ تأثيرَ البرنامجِ

كانَ محُدّداً بالنسبة للدعم الاجتماعي في القياس التتبعي وأنه لَزْيادة المنافعِ، مَنْ الضَّرُوري أَنْ تُطبّقَ تراكيب داعمِة أخرى (Hayes & Morgan, 2005).

وبوجه عام، تؤكد نتائج هذه الدراسة وحسب المنظور المتمركز على الأسرة، أنَ المرشدين الأسريين وممارسي الرعاية الصحيةِ العاملين في المراكز الطبية بجِبُ أَنْ يَكُونَوا يقِظَين لصعوباتِ التوافق النفسي والاجتماعي عند المرضى بشكلٍ مزمن (Sieh, Visser-Meily, & Meijer, 2013). وتشيرُ الدراسة إلى أنَ المختصين والمرشدين النفسيين الذين ينظّمون مثلَ هذه البرامجِ يجب أن يكونوا ماهرين في العملِ بشكل آني (في وقت واحد) في تنظيمِ وإدارةِ الأنواع المختلفة من التدخلاتِ المتعلقةِ بتوفيرِ مجموعات الدعمِ والحزنِ المرتبط بالفقدانِ (Support and bereavement groups) والخسارات المرتبطة بالمرض الصحي.

التوصياتُ والمقترحات

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، خلصت الدراسة الحالية إلى تقديمِ بعض التوصيات والمقترحات:

- إجراء دراسات تجريبية مماثلة خاصة بفحص كفاءة تقديم تدخلات الإرشاد الجمعي في المراكز الصحية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى عينات من الأمهات أو الآباء (Fathers) ممن شخصوا بأنواع مختلفة أخرى من الأمراض المزمنة غير تلكَ التي استهدفتها الدراسة الحالية كالسرطان والنزفِ الدموي والإصابات الدماغية والشلل.
- إجراء دراسة مماثلة مع الآباء المصابين بمرضٍ مزمن، لكن مع إضافة مكون الإرشاد الأسري عن طريقِ تقديم خدمات التعليم النفسي لأعضاءِ آخرين في الأسرة كالوالد السليم أو الأبناء.
- فحص كفاءة تصميم وتجريب برنامج إرشاد جمعي يستهدف معالجة الاكتئاب فقط عند المرضى بمرض مزمن مع التركيز على منهج بيك في العلاج المعرفي.
- إجراء دراسة لفحص كفاءة برامج الإرشاد الجمعي خاصة بقضايا الموت والخسارة والفقدان لدى الأطفال من أبناء الأمهات والآباءِ المصابين بالأمراض المزمنة.
- إجراء دراسة وصفية حول تصورات الآباء الأصحاء ممن تكون زوجاتهم الأمهات مريضات بمرض مزمن، لدورها في تحسين البيئة والعمليات الأسرية وعلاقة ذلك بالأداء المدرسي ومستويات التوافق النفسي لدى الأبناء.

- عقد ورشات العمل لتوجيه المؤسسات الطبية لضرورة التعامل مع فئة الآباء/الأزواج للمرضىِ المصابين بالأمراض المزمنة كمرضى السكري وضغط الدم المرتفع وغيرها، والاهتمام بهم وتقديم المعلومات وأساليب التعامل مع الأمراض المزمنة.

- إجراء دراسات مماثلة لفحصِ كفاءة مجموعات العلاج الأسري المتعدّدة (Multiple-family therapy groups)، التي تروّج للفهم العائلي المشترك والاتصال المفتوح بين الآباء والمراهقين في تحسين مستويات التوافق النفسي والاجتماعي أمام حدث مرض الأم أو الأب.

قائمة المصادر والمراجع

-المراجع العربية

-المراجع الأجنبية

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية

إبراهيم، عبد الستار . **العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث : أساليبه ونماذج من تطبيقاته .** (1998)، القاهرة، جمهورية مصر العربيَة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

باترسون، سيسِل. **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** (مترجم) ترجمة حامد عبد العزيز الفق ي. ج 1، (1981)، الكويت: دار القلم.

باترسون، س.ه .(مترجم) حامد الفقي. **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** . ط 1،(1990): الكويت: دار القلم.

باترسون، سيسِل. **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** (مترجم) ترجمة حامد عبد العزيز الفق ي. ج 2، (1991)، الكويت: دار القلم.

البَراك، بدر . أثر برنامج إرشادي في خفض الضغوط الوالدية لدى أولياء أمور التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في دولة الكويت. **رسالة دكتوراه** (2006)، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

بيك، آرون، وسكوت، جان، ووليامز، مارك. **العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية** (مترجم) ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي. (2000)، القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة زهراء الشرق.

بكيري، نجيبة. أثر برنامج معرفي سلوكي في علاجِ بعضِ الأعراضِ النفسية للسكريين المراهقين. **رسالة دكتوراه** (2012)، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

التميمي، أمينة. فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرض الفشل الكلوي المزمن . **رسالة ماجستير** (2006)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

جبل، فوزي. **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية**. (2000)، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية: المكتبة الجامعية.

جريدة الدستور. (السبت 15 نوفمبر/تشرين الثاني، 2014). **دراسات : الأردن من أعلى عشر دول إصابة بمرضِ السكري**. www.addustour.com.

جريدة الرأي الأردنية. (الأحد 11 ديسمبر/ كانون الأول 2001). **الأردن ضمن أعلى 10 دول إصابة بالسكري و366 مليون مصاب بالعالم**. عمان، الأردن.

جريدة الرأي الأردنية. (الثلاثاء 4 نوفمبر/تشرين الثاني، 2014). **السكري يصيب مليون أردني ويهدد صحة 3 ملايين، فمن يوقف الداء؟** www.alrai.com/article/678738.html .

الحاج، فائز. **مقياس تايلور للقلقِ الصريح**. (1987)، الرياض، المملكة العربية السعودية: مطابع المدينة.

حسين، طه. **سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي**. (2007)، الإسكندريَة، جمهورية مصر العربيَة: دار الجامعة الجديدة.

حمودة، محمود. **النفس: أسرارها وأمراضها**. (1990)، القاهرة، جمهورية مصرِ العربية: مكتبة الفجالة.

خليفة، لينا. فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في إدارة الألم المزمن لدى عينة من مرضى آلام أسفل الظهر. **رسالة ماجستير** (2014)، جامعة عمان العربية الخاصة، عمان، الأردن.

خليل، محمد. المساندة النفسية الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى المصابين بمرض مفضي إلى الموت. **مجلة علم النفس،** 95 (92) 10-37. القاهرة، جمهورية مصرِ العربية. (1996).

دفع الله، عبد الباقي، وعثمان، سلوى. فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية لأمهات المعاقين عقلياً بولاية النيل البيض بالسودان. **مجلة الجمعية النفسية السودانية**، العدد التاسع، ص. ص. 1-29. (2012).

زيدان، حمدي. مدى فعالية برنامج إرشادي في التخفيف من حدة القلق لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان. **رسالة ماجستير** (2001)، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

السقا، صباح. فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الإكتئاب. **رسالة دكتوراه** (2005)، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

سمور ، قاسم وكتاني ، منذر . **التكيف والصحة النفسية** . (2010)، الأردن، عمان : مكتبة الطلبة الجامعية.

السيد، عثمان. **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. (2001)، القاهرة، جمهورية مصر العربيَة: دار الفكر العربي.

السوالمة، خوله. أثر برنامج إرشاد تأهيلي لمساعدة المرضى على التوافق مع بتر الأطراف **رسالة ماجستير** (2008)، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

شحيطة ، هداية، استراتيجيات التعامل لدى مرضى السكري النوع الثاني في إدارة مرضهم وعلاقتها بمجموعة من الأعراض النفسية ومتغيرات أخرى، **رسالة ماجستير** (2014)، جامعة عمان الأهلية، عمان، الأردن.

الشريف، بسمة. أثر برنامج توجيه جمعي لتعديل التشويهات المعرفية في خفض الاكتئاب وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات المرحلتين الأساسية والثانوية. **رسالة دكتوراه** (2006)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

العجوري، وجاد، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، **رسالة ماجستير** (2007)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

علاء الدين، جهاد. **نظريات الإرشاد النفسي المعرفي والإنساني**. (2013)، الأردن، عمان: الأهلية للنشر والتوزيع.

علاء الدين، جهاد، وعبد الرحمن،عز الدين. فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. **المجلة الأردنية للعلوم التربوية**، 7 (4)، 397 371-، جامعة اليرموك، إربد، الأردن. (2011).

عوض الله، يوسف. التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية لدى الأطباء المدخنين في قطاع غزة. **رسالة ماجستير** (2008)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

عوض الله، هالة، العتيق، أحمد، الحمادي، محمد، وكامل، ماجدة. برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستصفاء الكلوي . **المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية**، المجلد الرابع عشر، العدد 3، ص.ص. 662-673. (2008).

الغامدي، حامد. فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. **مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية**، المجلد الثاني، العدد الأول، ص. ص. العجوري(2010).

أبو فايد، ريم. فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي. **رسالة ماجستير**(2010)، الجامعة الإسلامية،غزة، فلسطين.

أبو القاسم، رحاب. أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل: دراسة مقارنه على عينه من النساء الحوامل بمدينة طرابلس. **مجلة الجامعة**، العدد الخامس عشر، المجلد الثاني، ص. ص. 137-156. جامعة الزاوية، ليبيا. (2013).

القريطي، عبد المطلب. **الصحة النفسية**. (1998)، القاهرة: دار الفكر العربي.

المالح، حسان . **الاكتئاب ومرض السكري وأمراض شرايين القلب** . الالكتروني

http://www.hayatnafs.com/specialtopics/depression&diabetescoronaryheartdisease.htm

مجلة قلب الأردن. (10 كانون الأول 2011). **ارتفاع ضغط الدم والسكري : المرضان الأكثر انتشاراً بين الأردنيين** www.joheart.com/Articles.aspx?id=17&pnum=4.

محمد، عادِل. **العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات**. (2000)، القاهرة، جمهورية مصرِ العربية: دار الرشاد.

مدانات، منار، أثر برنامج إرشاد جمعي في خفضِ الضغوطِ وزيادة الوعي بالحاجاتِ لدى أمهات الأطفال المصابين بالشللِ الدماغي في الأردن، **رسالة دكتوراه** (2008)، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

معالي، إبراهيم، أثر التحصين ضد التوترِ والتدريب على حلِ المشكلات في خفض الضغوطِ النفسية وتحسين مستوى التكيفِ لدى أمهاتِ ذوي الاحتياجات الخاصة ، **رسالة دكتوراه** (2003)، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن.

معمرية، بشير. مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين. **مجلة علم النفس**، الهيئة العامة للكتاب، العدد 53، ص. ص. 52–56. القاهرة، جمهورية مصر العربية. (2000).

منصور، طلعت، والرشيدى، بشير، والنابلسي، محمد، والخليفي، إبراهيم، والناصر، فهد، وبورسلي، بدر، والقشعان حمود. **الاكتئاب واضطرابات المزاج**. سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية (المجلد السابع). (2000)، الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.

المراجع الأجنبية

Abrahamson, K., Durham, M., & Fox, R. Managing the unmet psychosocial and information needs of patients with cancer. **Journal of Patient Intelligence, 2 45–52.** (2010).

Ajlouni, K., Jaddou, H., & Batieha, A. Diabetes and impaired glucose tolerance in Jordan: Prevalence and associated risk factors. **Journal of Internal Medicine,** 244, 317–323. (1998).

Al Hayek, A., Asirvatham, R., Al Dawish, M., Zamzami, M., Asirvatham, S., & Alzaid, A. Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in Type 2 diabetes. **Journal of Family Community Medicine**, 20(2), 77–82. (2013).

Al-Gelban, K., Al-Amri, H., & Mostafa, O. Prevalence of depression, anxiety and stress as measured by the depression, anxiety, and stress scale (DASS-42) among secondary school girls in Abha, Saudi Arabia. **Sultan Qaboos University Medical Journal,** 9 (2), 140–147. (2009).

Almawi, W., Tamim, H., Al-Sayed, N., Arekat, M., Al-Khateeb, G., Baqer, A., Tutanji, H., & Kamel, C. Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with Type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of Type 2 diabetes. **Journal of Endocrinological Investigation,** 31 (11) 1020–1024. (2008).

Al-Sarihin, K., Bani-Khaled, M., Haddad, F., & Althwabia, I. Diabetes knowledge among patients with diabetes mellitus at King Hussein Hospital. **Journal of the Royal Medical Services (JRMS),** 19 (1), 72-77. (2012).

Al-Till, M., Al-Bdour, M., & Ajlouni, K. Prevalence of blindness and visual impairment among Jordanian diabetics. **European Journal of Ophthalmology,** 15, 62–68. (2005).

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders,** 4th, ed., (DSM-IV) (1994), Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, R., Funnell, M., Butler, P., Arnold, M., Fitzgerald, J., & Feste, C. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. **Diabetes Care,** 18, 943 - 949. (1995).

Association for Specialists in Group Work (ASGW). **Professional standards for the training of group workers.** (1991), Alexandria VA: Author.

Atlas, R., & Pepler, D. Observations of bullying in the classroom. **The Journal of Educational Research,** 92, 86-97. (1998).

Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review,** 84 (1), 191-215. (1977).

Beach, S. (Ed.). **Marital and family processes in depression: A scientific approach.** (1998), Washington DC: American Psychological Association.

Beck, A. **Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects**. (1967), London: Staples Press.

Beck, A. **Cognitive therapy and the emotional disorders.** (1976), New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. **Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy, a psychological perspective**. (1988), Hillside: NJ: Lawrence Erlbaum.

Beck, A. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. Salkovskis (Ed.), **Frontiers of cognitive therapy** (pp. 1–25). (1996), New York: Guilford Press.

Beck, A. **Cognitive therapies: Essential papers in psychoanalysis**. (1997), New York, NY: University Press.

Beck, A., & Freeman, A. **Cognitive therapy of personality disorders.** (1990), New York: Guilford Press and Associates.

Beck, A., & Greenberg, R. **Coping with depression.** (1974), New York, NY: Institute for Rational Living.

Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. (1985), New York, NY: Basic Books.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 56, 893-897. (1988).

Beck, J. Additional cognitive and behavioral techniques. In J. Beck (Ed.), **Cognitive therapy: Basics and beyond** (Chapter 15. pp. 256-276). (1995), New York, NY: Guilford Press.

Bergin, J. Small-group counseling. In A. Vernon (Ed.), **Counseling children and adolescents** (2nd, ed., pp. 299-332). (1999), Denver, CO: Love.

Buckley, I. **Listen to the children: Impact on the mental health of children of a parent's catastrophic illness**. (1977), New York, NY: Cancer Care, Inc.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Chronic diseases: The power to prevent and the call to control: At a glance 2009**. (2009), Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/chronic.htm

Chen, T., Lu, R., Chang, A., Chu, D., & Chou, K. The evaluation of cognitive behavioral group therapy on patient depression and self esteem. **Archives of Psychiatric Nursing**, 20 (1), 3-11. (2006).

Chien-Huey Chang, S., & Schaller, J. Perspectives of adolescents with visual impairments on social support from their parents. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, 94 (2), 69-84. (2000).

Christ, G. **Healing children's grief: Surviving a parent's death from cancer.** (2000), New York, NY: Oxford University Press.

Clark, D., & Fairburn, C.(Eds.). **Science and practice of cognitive behavior therapy**. (1997), New York, NY: Oxford University Press.

Clouse, R., Lustman, P., Freedland, K., Griffith, L., McGill, J., & Carney, R. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. **Psychosomatic Medicine,** 65, 376-383. (2003).

Collins, M., Corcoran, P., & Perry, I. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. **Diabetic Medicine,** 26, 153-161. (2009).

Colombo, G., & Bertin, I. Psychological aspects of insulin-dependent diabetics: Compliant vs noncompliant adult patients. **Italian Journal of Rivista di Psichiatria**, 29(6) 311-315. (1994).

Conyne, R., Wilson, F., Kline, W., Morran, D., & Ward, D. Training group workers: Implications of the new ASGW training standards for training and practice. **The Journal for Specialists in Group Work,** 18, 11-23. (1993).

Copeland, L. The impact of serious parental physical illness on college adjustment: Role of relationship factors. **Doctoral Dissertation** (2013), Colorado State University, Fort Collins, Colorado, US.

Corey, G. **Theory and practice of counseling and psychotherapy.** (2009), Belmont, CA: Brooks, Cole publishing company.

Corey, M., & Corey, G. **Groups: Process and practice** (4th, ed.). (1997), Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Cory, M., & Corey, G. **Groups process and practices** (5th, ed.). (2000), Monterey, CA: Brooks/Cole.

Cotton, D. **Stress management: An integrated approach to therapy.** (1990), New York, NY: Brunner/Mazel.

Diapedia Collective. Type 2 diabetes mellitus [internet]. 2014 Aug 13; **Diapedia** 3104085114 rev. no. 40 (2014). Available from: http://dx.doi.org/10.14496/dia.3104085114.40

DiMatteo, M. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. **Health Psychology,** 23(2), 207-218. (2004).

Dobson, K. **Handbook of cognitive-behavioral therapies** (2nd, ed.). (1999), New York, NY: Guilford Press.

D'Zurilla, T., & Goldfried, M. Problem solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Behavior**, 78, 107-126. (1971).

Egede, L. Failure to recognize depression in primary care: Issues and challenges. **Journal of General Intern Medicine,** 22 (5), 701-703. (2007).

Egede, L., & Ellis, C. Diabetes and depression: Global perspectives. **Diabetes Research and Clinical Practice,** 87, 302-312. (2010).

Egede, L., Nietert, P., & Zheng, D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. **Diabetes Care**, 28 (6), 1339-1345. (2005).

Faulkner, R., & Davey, M. Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. **American Journal of Family Therapy**, 30(1), 63-72. (2002).

Ferster, C. A functional analysis of behavior therapy. In L. Rehm (Ed.), **Behavior therapy for depression: Present status and future directions** (pp. 181–196). (1981), New York, NY: Academic Press.

Fields, T., & Smead, R. Keys to leading successful school groups. In J. Allen (Ed.) **School counseling: New perspectives and practices** (pp. 55-58) (1998). Greensboro, NC: ERIC/CASS.

Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J., Arean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. **Diabetic Medicine,** 25(9), 1096-1101. (2008).

Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. Breast cancer in the family-children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: Qualitative study. **British Medical Journal**, 332 (7548), 998-1003. (2006).

Friedberg, R., McClure, J., & Garcia, J. **Cognitive therapy techniques for children and adolescents**. (2009). New York, NY: Guilford Press.

Friedman, E., Thase, M., & Wright, J. Cognitive and behavioral therapies. In A. Tasman, J. Kay, J. Lieberman, M. First, & M. Maj. (Eds.), **Psychiatry** (pp. 1920-1947). (2008), New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd.

Frone, M., Russell, M., & Cooper, M. Relationship of work and family stressors to psychological distress: The independent moderating influence of social support, mastery, active coping, and self-focused attention. **Journal of Social Behavior & Personality,** 6 (2), 227- 250. (1991).

Gan, J., Brammer, J., & Creedy, D. Effectiveness of educational interventions to promote oral hypoglycaemic adherence in adults with Type 2 diabetes: A systematic review. **JBI Library of Systematic Reviews,** 9 (9), 269-312. (2011).

Gaynor, S., & Lawrence, P. Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in-vivo experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description and feasibility study. **Behavioral and Cognitive Psychotherapy,** 30, 79-101. (2002).

Gazda, G. **Group counseling: A developmental approach** (4th, Ed.). (1989), Boston: Allyn & Bacon.

Gazda, G., Duncan, J., & Meadows, M. Counseling and group procedures: Report of a survey. **Counselor Education and Supervision,** 6, 305-310. (1967).

Gazda, G., Ginter, E. & Horne, A. **Group counseling and group psychotherapy theory and application** (1st, ed.). (2001), United State of America: A Pearson Education Company.

Georgiades, A., Zucker, N., Friedman, K., Mosunic, C., Applegate, K., Lane, J., Feinglos, M., & Surwit, R. Changes in depressive symptoms and

glycemic control in diabetes mellitus. **Psychosomatics,** 69, 235–241. (2007).

Glasgow, R., & Toobert, D. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. **Diabetes Care,** 11(5), 377-386. (1988).

Gonzalez, J., Safren, S., Cagliero, E., Wexler, D., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M., Meigs, J., & Grant, R. Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. **Diabetes Care,** 30, 2222-2227. (2007).

Grabiak, B., Bender, C., & Puskar, K. The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of literature. **Journal of Psycho-Oncology,** 16, 127-137. (2007).

Grenard-Moore, S., & Vasquez, M. **Women's therapy groups-Professional training**. (1990), Austin, TX: The Clearinghouse for Structured/Thematic Groups & Innovative Programs Counseling & Mental Health Center, The University of Texas at Austin.

Gumley, A., Karatzias, A., Power, K., Reilly, J., McNay, L., & O'Grady, M. Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioral therapy on negative beliefs about psychosis and self esteem. **British Journal of Clinical Psychology,** 45 (2), 247-260. (2006).

Gursky, B. The effect of educational interventions with siblings of hospitalized children. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,** 28(5), 392-398. (2007).

Hardy, S., Scanlan, M., & Gray, R. Identifying and managing anxiety and depression in diabetes: A need for training. **Journal of Diabetes Nursing,** 14 (15), 190–195. (2010).

Harris, C., & Zakowski, S. Comparisons of distress in adolescents of cancer patients and controls. **Journal of Psycho-Oncology,** 12 (2), 172-182. (2003).

Harter, S. **The construction of the self**. (1999), New York, NY: Guilford Press.

Hayes, C., & Morgan, M. Evaluation of a psychoeducational program to help adolescents cope. **Journal of Youth and Adolescence,** 34 (2), 111-121. (2005).

Heiney, S., & Lesesne, C. Quest: An intervention program for children whose parent or grandparent has cancer. **Cancer Practice**, 4, 324-329. (1996).

Herman, W., Ali, M., Aubert, R., Engelgau, M., Kenny, S., Gunter, E., Malarcher, A., Brechner, R., Wetterhall, S., DeStefano, F., et al. Diabetes mellitus in Egypt: Risk factors and prevalence. **Diabetic Medicine**, 12 (12), 1126-1131. (1995).

Hermanns, N., Kulzer, B., Krichbaum, M., Kubiak, T., & Haak, T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: Prevalence, comorbidity and risk factors. **Diabetic Medicine**, 22(3), 293-300. (2005).

Hersen, M., & Bellack, A. **Handbook of clinical behavior therapy with adults** (1st, ed.). (1985), New York, NY: Plenum Press.

Holland, J., & Friedlander, M. Oncology. In M. Blumenfield, & J. Strain (eds.) **psychosomatic medicine** (pp. 121-144). (2006), Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

House, J., Umberson, D., & Landis, K. Structures and processes of social support. **Annual Review of Sociology**, 14, 293-318. (1988).

Howe, C. Psychology teaching in the 21st, century. **The Psychologist**, 11, 371-374. (1998).

Kamphuis, J., & Jacquin, K. **A treatment group for overcoming depression.** (1995), Austin Texas**, TX:** Austin Counseling and Mental Health Center, Austin, University of Texas at. http://www.utexas.edu/student/cmhc/clearinghouse/

Katon, W., Maj, M., & Sartorius, M. **Depression and diabetes.** (2010), Chichester: Wiley-Blackwell.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., Ciechanowski, P., Walker, E., & Bush, T. The Pathways Study: A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. **Archive Genetic Psychiatry,** 61(10), 1042-1049. (2004).

Knox, G. 40 **Icebreakers for small groups**. (2009), London, UK: Insights. Accessed: April 29 2015 from insight.typepad.co.uk/40_icebreakers_for_small_groups.pdf

Korneluk, Y., & Lee, C. Children's adjustment of parental physical illness. **Clinical Child and Family Psychology Review,** 1(3), 179 -193. (1998).

Lamers, F., Jonkers, C., Bosma, H., Diederiks, J., & Van Eijk, J. Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly patients: The design of a randomized controlled trial. **BMC Public Health,** 6, 161–170. (2006).

Lazarus, R., & Folkman, S. **Stress: Appraisal and coping.** (1984), New York, NY: Springer Press.

Le, T., Able, S., & Lage, M. Resource use among patients with diabetes, diabetic neuropathy, or diabetes with depression. **Effectiveness and Resource Allocation,** 4, 18. (2006). Published online Oct 23, 2006. doi: 10.1186/1478-7547-4-18

Lemma, A. **Introduction to psychopathology.** (1996), London: Cromwell Press.

Lewis, F., Hammond, M., & Woods, N. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. **Journal of Behavioral Medicine,** 16, 351–370. (1993).

Lovibond, S., & Lovibond, P. **Manual for the Depression Anxiety Stress** Scales. 2nd, Ed. (1995a), Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Lovibond, P., & Lovibond, S. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behavior Research and Therapy**, 33 (3), 335–343. (1995b).

Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S., & Clouse, R. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial. **Annals of Internal Medicine,** 29(8), 613-621. (1998).

Markowitz, S., Gonzalez, J., Wilkinson, J., & Safren, S. Treating depression in Diabetes: Emerging findings. **Psychosomatics,** 52(1), 1–18. (2011).

Maslow, A. **Toward a psychology of being** (2^{nd}, ed.). (1968). New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

McBride, M. The effects of brief Psychoeducation on adolescents' depressive symptoms and perceptions of parenting. **Doctoral Dissertation** (2012), Montana, Missoula, MT: University of Montana.

Meichenbaum, D. **Cognitive behavior modification: An integrative approach.** New York, NY: Plenum Press. (1977).

Meichenbaum, D. **Clinical handbook on assessing and treating adults with stress disorder.** (1995), Canada, Waterloo, ON: Institute Press.

Mezuk, B., Eaton, W., Albrecht, S., & Golden, S. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: A meta-analysis. **Diabetes Care,** 31 (12), 2383-2390. (2008).

Miller, T., & DiMatteo, R. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. **Diabetes, Metabolic Syndromes and Obesity,** 6, 421–426. (2013).

Ministry of Health (MoH). **Jordan morbidity study**. (1996), Amman, Jordan: MoH/Directorate of disease prevention and control.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. **Lancet**, 370 (9590), 851-858. (2007).

Munoz, R., Ghosh-Ippen, C., Rao, S., Le, H., & Dwyer, E. **Manual for group cognitive-behavioral therapy of major depression: A reality management approach** (Instructor's Manual). (2000), San Francisco, CA: Cognitive-Behavioral Depression Clinic Division of Psychosocial Medicine San Francisco General Hospital University of California.

Neilson-Clayton, H., & Brownlee, K. Solution-focused brief therapy with cancer patients and their families. **Journal of Psychosocial Oncology**, 20, (1), 1-13. (2002).

Nelson, E., & While, D. Children's adjustment during the first year of a parent's cancer diagnosis. **Journal of Psychosocial Oncology**, 20 (1), 15-36. (2002).

Nicklett, E., Liang, J., & Gerontol, B. Diabetes-related support, regimen adherence, and health decline among older adults. The Journals of Gerontology Series B: **Psychological Sciences and Social Sciences,** 65B (3), 390-399. (2010).

Niemela, M., Hakko, H., & Rasanen, S. A systematic narrative review of the studies on structured child-centered interventions for families with a parent with cancer. **Journal of Psycho-Oncology,** 19 (5), 451-461. (2010).

Osborn, D. The relationships among perfectionism, dysfunctional career thoughts, and career indecision. **Dissertation Abstracts International**, 59 (10), 3746A. (1998).

Pajares, F. **Overview of social cognitive theory and of self- efficacy.** (2002). Retrieved April 29, 2014 from http: // www.des.emory.edu/mfp/eff.html.

Palizgir, M., Bakhtiari, M., & Esteghamati, A. The efficacy of CBT and psycho-educational therapy on depression and HbA1C in patients with

type 2 diabetes: A clinical trial study. **Asian Journal of Medical and Pharmaceutical Researches,** 4(2), 136-141. (2014).

Penckofer, S., Ferrans, C., Mumby, P., Byrn, M., Emanuele, M., Harrison, P., Durazo-Arvizu, R., & Lustman, P. A psychoeducational intervention (SWEEP) for depressed women with diabetes. **Annals of Behavioral Medicine**, 44 (2), 192-206. (2012).

Rehm, L. Cognitive and behavioral theories. In B. Wolman & G. Stricker (Eds.), **Depressive disorder: Facts, theories, and treatment methods** (pp. 64–91). (1990), New York, NY: Wiley.

Riley, A., McEntee, M., Gerson, L., & Dennison, C. Depression as comorbidity to Diabetes: Implications for management. **Journal for Nurse Practitioners,** 5(7), 523-535. (2009).

Rogers, C. Toward a science of the person. **Journal of Humanistic Psychology**, 3(2), 72-92. (1963).

Rolland, J. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. **Family Process,** 26, 203-221. (1987a).

Rolland, J. Family illness paradigms: Evolution and significance. **Family Systems Medicine,** 5, 467-486. (1987b).

Rolland, J. Parental illness and disability: A family system framework. **Journal of Family Therapy,** 21, 242-266. (1999).

Roloff, M., & Ifert, D. **Conflict management through avoidance:** Withholding complaints, suppressing arguments, and declaring topics taboo. In S. Petronio (Ed.), Balancing the secrets of private disclosures (pp. pp. 151–163). (2000). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rossell, J., & Bernal, G. **Group therapy manual for cognitive-behavioral treatment of depression**. (2007), Rico Piedras: University of Puerto Rico, University Center for Psychological Services and Research.

Rossello, J., & Jiménez-Chafey, M. Cognitive-behavioral group therapy for depression in adolescents with Diabetes: A pilot study. **Inter-American Journal of Psychology,** 40 (2), 219-226. (2006).

Schechtman, Z., Bar-El, O., & Hadar, E. Therapeutic factors in counseling and psychoeducation groups for adolescents: A comparison. **Journal for Specialists in Group Work**, 22(3), 203-213. (1997).

Schepers, V., Ketelaar, M., Van De Port, I., Visser-Meily, J., & Lindeman, E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and Rehabilitation,** 29(3), 221-230. (2007).

Schmitt, F., Manninen, H., Santalahti, P., Savonlahti, E., Pyrhonen, S., Romer, G., & Piha, J. Children of parents with cancer: A collaborative project between a child psychiatry clinic and an adult oncology clinic. **Clinical Child Psychology and Psychiatry,** 12(3), 421-436. (2007).

Selye, H. Stress and disease. **Science,** 122, 625-631. (1955).

Sharf, R. **Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases**. (2011), Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Sharif, F., Masoudi, M.,Ghanizadeh, A., Dabbaghmanesh, M., Ghaem, H., & Masoumi, S. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. **Iran Journal of Nursing Midwifery Research,** 19(5), 529-536. (2014).

Sheard, T., & Maguire, P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: Results of two meta-analyses. **British Journal of Cancer**, 80(11), 1770-1780. (1999).

Sieh, D., Visser-Meily, J., & Meijer, A. Differential outcomes of adolescents with a chronically ill and healthy parents. **Journal of Child and Family Studies**, 22 (2), 209-218. (2013).

Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, S., Scherbaum, W., & Kruse, J. Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. **Diabetic Medicine,** 25(2), 206-312. (2008).

Simonneau, G., Galiè, N., Rubin, L., Langleben, D., Seeger, W., Domenighetti, G., Gibbs, S., Lebrec, D., Speich, R., Beghetti, M., Rich, S., & Fishman, A. Clinical classification of pulmonary hypertension. **Journal of American College of Cardiology**, 43 (12 Suppl S), 5S-12S. (2004).

Smead, R. **Skills and techniques for group work with children and adolescents.** (1995). Champaign, IL: Research Press.

Snoek, F., & Skinner, T. Psychological counseling in problematic diabetes: Does it help? **Diabetic Medicine,** 19(4), 265-273. (2002).

Snoek, F., & Skinner, T. Psychological aspects of diabetes management. **Medicine,** 34 (2), 61-62. (2006).

Snoek, F., Van der Ven, N., & Lubach, C. Cognitive behavioral group training for poorly controlled Type 1 Diabetes patients: A psychoeducational approach. **Diabetes Spectrum,** 12 (3), 147-152. (1999).

Snoek, F., Van der Ven, N., Lubach, C., Chatrou, M., Adèr, H. Heine, R., & Jacobson, A. Effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (type 1) diabetes: A pilot study. **Patient Education Counseling,** 45(2), 143-148. (2001).

Steele, R., Forehand, R., & Armistead, L. The role of family processes and coping strategies in the relationship between parental chronic illness and childhood internalizing problems. **Journal of Abnormal Child Psychology,** 25(2), 83-94. (1997).

Stiefel, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J., & De Jonge, P. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. **Psychotherapy & Psychosomatics,** 77(4), 247-256. (2008).

Strunk, D., DeRubeis, R., Chiu, A., & Alvarez, J. Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 75(4), 523-530. (2007).

Suhl, E., & Bunsignore, P. Diabetes self-management education for older adults: General principles and practical application. **Diabetes Spectrum,** 19, 234-250. (2006).

Talbot, F., & Nouwen, A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? **Diabetes Care,** 23, 1556-1562. (2000).

Taouk, M., Lovibond, P., & Laub, R. **Psychometric properties of an Arabic version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS21)**. Report for New South Wales Trans-cultural Mental Health Centre (2001), Cumberland Hospital, Sydney: Australia.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. **Clinical Psychology**, 48(1), 3-23. (1995).

Tattersall, R. Psychiatric aspects of diabetes: A physician's view. **British Journal of Psychiatry**, 139, 485-493. (1981).

Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I., & Brantley, P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. **Diabetic Care,** 26 (8), 2311-2317. (2003).

University of New South Wales Depression Anxiety Stress Scales (DASS) Retrieved July 19 2014 from http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/

Van Bastelaar, K., Pouwer, F., Cuijpers, P., Twisk, J., & Snoek, F. Web-based cognitive behavioral therapy (W-CBT) for diabetes patients with co-morbid depression: Design of a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry,** 8, 9–16. (2008).

Van Eijk J., Diederiks, J., Kempen, G., Honig, A., Van der Meer, K., & Brenninkmeijer, W. Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease. **Patient Education & Counseling**, 54(1), 87-94. (2004).

Vijan, S. Type 2 diabetes. **Annals of internal medicine,** 152 (5), 31-15. (2010).

Wang, Q. The effect of psychological education on mental health status of middle school students. **Chinese Mental Health Journal,** 11(5), 284-285. (1997).

West, J. An Arabic validation of a depression inventory. **International Journal of Social Psychiatry,** 31(4), 282-289. (1985).

Wood, M., Brendtro, L., Fescer, F., & Nichols, P. **Psychoeducation: An idea whose time has come. What works for children and youth with E/BD: Linking yesterday and today with tomorrow**. (1999), Reston, VA: Council for Exceptional Children.

World Health Organization (WHO). **Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report.** (2005), Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemias**. (2006), Geneva, Switzerland: Report of a WHO/IDF consultation.

Wysocki, T., Harris, M., Greco, P., Bubb, J., Danda, C., Harvey. L., McDonell, K., Taylor, A., & White, N. Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. **Journal of Pediatric Psychology,** 25(1), 23-33. (2000).

Yalom, I. **Inpatient group psychotherapy.** (1983), New York, NY: Basic Books.

Yalom, I. **The theory and practice of group psychotherapy**, 4th, ed. (1995), New York: Basic Books

Yusoff, M. Psychometric properties of the depression anxiety stress scale in a Sample of Medical Degree Applicants. **International Medical Journal,** 20 (3), 295- 300. (2013).

Zahlis, E., & Lewis, F. Mothers' stories of the school-age child's experience with the mother's breast cancer. **Journal of Psychosocial Oncology,** 16, 25-43. (1998).

Zimmet, P. Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: Can the Doomsday scenario be averted. **Journal of Internal Medicine,** 247(3), 301-310. (2000).

Zimet, G., Dahlem, N., Zimet S., & Farley, G. The multidimensional scale of perceived social support. **Journal of Personality Assessment**, 52, 30-41. (1988).

الملاحق

الملحق (1) استبانة المعلومات الأولية

أولاً: البيانات الأولية للسيدات المشاركات

1- الاسم: .... .2- العمر : .... 3.. نوع المرض: السكري النوع الثاني وضغط الدم المرتفع

4- حالة العمل:......................أ. أعمل ( )   ب. لا أعمل ( )..........................

5- الحالة الاجتماعية: أ. متزوجة   ب. غير متزوجة.................6- عنوان السكن : ....

7- المستوى التعليمي للمريضة: أ. الإعدادية( ) ب. الثانوية( ). ج. دبلوم مجتمع ( ) د. جامعي( ).

معلومات خاصة بالزوج

8. العمر ....   9. مهنة الزوج:

أ . موظف بالقطاع العام ( ) ب. موظف بالقطاع الخاص ( ) ج. أعمال حرة غير ثابتة ( )

د . صاحب عمل خاص ( ) هـ. متقاعد ( ) و. عاطل ( ).

10- المستوى التعليمي للزوج:

أ. الإعدادية ( ) ب. الثانوية( ). ج. دبلوم مجتمع ( ). د. جامعي( ).

11- عدد افرد الأسرة: أ . فردين -4 أفراد ( ) ب. 5 أفراد 7 أفراد ( ) ج. أكثر من 7 ( ).

12 -المستوى الاقتصادي للأسرة : أ . منخفض( ) ب . متوسط ( ) ج . عالي( ).

13-التأمين الصحي: أ. موجود ( )   ب. غير موجود ( ).

ثانياً: الصعوبات النفسية أو الصحية

14- هل تعانين من مشكلات نفسية تستدعي تناول أدوية بصورة منتظمة : أ . نعم (2). ب - لا (1) .

15. هل تعانين من صعوبات صحية أخرى غير السكري وضغط الدم المرتفع: أ . نعم (2) ب - لا (1) .

ثالثاً: المشاركة في برنامج الإرشاد الجمعي

	العبارات	لا أوافق	أوافق إلى حد ما	أوافق
16	هل لديك رغبة في المشاركة في مجموعة علاجية لمريضات السكري والضغط المرتفع؟	1	2	3

17- يرجى تقديم رأيك كتابة؟ :

....

الإسم :   التوقيع:

بيانات هذه الاستمارة سرية لا يتم الإطلاع عليها إلا بغرض البحث العلمي

وشكرًا لإجاباتك المفيدة

التاريخ: 29-10-2014   الباحث

الملحق (2) مقياس الحالة الإنفعالية–القلق(DASS-42)

عزيزتي السيدة

الإسم: التاريخ:

يرجى من فضلك أن تقرأي بعناية كل عبارة وأن تضعي دائرة حول الرقم (0، 1، 2، 3) التي تنطبق عليك خلال الأسبوع الماضي. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. لكن لا تأخذي وقتاًطويلاً في قراءة أي عبارة.

تتراوح الإجابات على فقرات المقياس كالتالي:

0= لا تنطبق العبارة علي أبداً. 1= تنطبق العبارة علي أحياناً أو بعض الوقت.

2= تنطبق العبارة علي عادة. 3= تنطبق العبارة علي دائماً.

الرقم	العبارة	أبداً	أحياناً	عادة	دائماً
1	كَنت أشعر بجفافِ في الفم. الفقرة (2)	0	1	2	3
2	واجهتُ صعوبةِ في التنفّس (التنفّس السريع بإفراط، انقطاع النفس).(4)	0	1	2	3
3	اعتدت على القيامِ بتحريك قدمي (الاهتزاز بشكل لا إرادي). (7)	0	1	2	3
4	أجد نفسي قلقة في بعض المواقف وعند انتهاء المواقف أشعر بالارتياح. (9)	0	1	2	3
5	أشعر بالتعرق الملحوظ في غياب الجهد البدني والحرارة. (19)	0	1	2	3
6	أشعر بالخوف بدون سبب منطقي. (20)	0	1	2	3
7	أشعر بالحساسية الشديدة تجاه الأحداث من حولي.(18)	0	1	2	3
8	أجد صعوبة في أن أصل إلى حاله من الهدوء. (22)	0	1	2	3
9	أجد صعوبة بالبلع. (23)	0	1	2	3
10	لدي شعور بتزايد دقات القلب في حال الإجهاد. (25)	0	1	2	3
11	أجد صعوبة في العودة لحالة الهدوء بعد أن أنزعج بسبب ما.(29)	0	1	2	3
12	أخشى من كوني لا أقوم سوى بأعمال تافهة. (إضافة)	0	1	2	3
13	أشعر بالرعب. (28)	0	1	2	3
14	أشعر بالارتباك. (إضافة)	0	1	2	3
15	أشعر بالقلق من المواقف التي من الممكن أن تخيفني أو تجعل مني أبدو غبية.(40)	0	1	2	3
16	سبق وأن ارتعشت يداي في موقف ما. (41)	0	1	2	3

الفقرات أعلاه مستمدة من الفقرات ذات الأرقام (2؛ 4؛ 7؛ 9؛ 18؛ 19؛ 20؛ 22؛ 23؛ 25؛ 28؛ 29؛ 40؛ 41) من المقياسِ الأصلي، وأضيفت فقرتان (أخشى من كوني لا أقوم سوى بأعمال تافهة. وأشعر بالارتباك).

القلق	
16–0	عادي
20–17	متوسط
27–21	مرتفع
38–28	حاد
+39	حاد جدا

الملحق (3) مقياس الحالة الانفعالية –الاكتئاب (DASS-42)

عزيزتي السيدة

الاسم: التاريخ:

يرجى من فضلك أن تقرئي بعناية كل عبارة وأن تضعي دائرة حول الرقم (0، 1، 2، 3) التي تنطبق عليك خلال الأسبوع الماضي. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. لكن لا تأخذي وقتاًطويلاً في قراءة أي عبارة.

تتراوح الإجابات على فقرات المقياس كالتالي:

0= لا تنطبق العبارة علي أبداً. 1= تنطبق العبارة علي أحياناً أو بعض الوقت.

2= تنطبق العبارة علي عادة. 3= تنطبق العبارة علي دائماً.

الرقم	العبارة	أبداً	أحياناً	عادة	دائماً
1	يبدو أنه ليسَ بإمكاني أنْ أشعر بأيّ شعور إيجابي مطلقاً.(3)	0	1	2	3
2	وَجدتُ صعوبة في المبادرةِ لِلقيامِ بعمَلُ أشياء. مضافة	0	1	2	3
3	أشعر بالإحباط والحزن.(13)	0	1	2	3
4	لدي شعور بالضعف.(15)	0	1	2	3
5	أشعر أن ليس لديَ اهتمام بأي شي. (16)	0	1	2	3
6	شَعرتُ بأنّني لا أستحق كثيراً كشخص.(17)	0	1	2	3
7	أشعر أن الحياة ليس لها قيمة. (21)	0	1	2	3
8	أشعر بالحساسية الشديدة.(27)	0	1	2	3
9	لا أشعر بمتعة بأي شي قدمته.(24)	0	1	2	3
10	أشعر بالاكتئاب فجأة. (مضافة)	0	1	2	3
11	فقدت الاهتمام بأشياء كثيرة كانت مهمة عندي.(30)	0	1	2	3
12	لا أشعر بحماس تجاه أي شيء. (31)	0	1	2	3
13	أشعر أنني لا قيمة لي. (34)	0	1	2	3
14	أرى أنه لا يوجد شيء في المستقبل يمكنني أن أجد أمل فيه. (37)	0	1	2	3
15	أشعر أن الحياة لا معنى لها. (38)	0	1	2	3
16	لا يوجد لدي رغبه للمبادرة تجاه أي شي (42).	0	1	2	3

الفقرات أعلاه مستمدة من الفقرات ذات الأرقام (3؛ 13؛ 15؛ 16؛ 17؛ 21؛ 24؛ 27؛ 30؛ 31؛ 34؛ 37؛ 38؛ 42) من المقياسِ الأصلي، وأضيفت الفقرتين (وَجدتُ صعوبة في المبادرةِ لِلقيامِ بعمَلُ أشياء؛ أشعر بالاكتئاب فجأة)

الاكتئاب	
0–16	عادي
17–20	متوسط
21–26	مرتفع
28–38	حاد
39+	حاد جدا

الملحق (4) مقياس الدعم الاجتماعي

	العبارة	بشدة لا أوافق	لا أوافق	محايد	أوافق	بشدة أوافق
		1	2	3	4	5
.1	يوجد شخص معيّن في حياتي متوفر عندما أحتاجه.					
.2	يوجد شخص معّين في حياتي يمكنه مشاركتي في الفرح وفي الحزن.					
.3	تحاول أسرتي جاهدة وبصورة حقيقية أن تساعدني.					
.4	أحصل على الدعم والمساعدة العاطفية التي احتاجها من أسرتي.					
.5	يوجد شخص معّين في حياتي يعتبر مصدراً حقيقياً للراحة والعون بالنسبة لي.					
.6	يحاول أصدقائي/ صديقاتي مساعدتي بصورة حقيقية.					
.7	أستطيع الاعتماد على أصدقائي/ صديقاتي عندما تواجهني مشكلة ما.					
.8	أستطيع التحدث عن مشكلاتي مع أفرادِ أسرتي.					
.9	لديّ أصدقاء/صديقات يمكنهم مشاركتي في الفرح وفي الحزن.					
10	يوجد شخص معّين في حياتي يهتم بمشاعري.					
11	ترغب أسرتي في مساعدتي على اتخاذ القرارات التي تخصني.					
12	أستطيع التحدث عن مشكلاتي مع أصدقائي/ صديقاتي.					

الملحق (5) برنامج الإرشاد الجمعي- تفاصيل جلسات برنامج الإرشاد الجمعي

برنامج الإرشاد الجمعي (Group Counseling): وهو عبارة عن برنامج الإرشادِ الجمعي المؤلف من (14) جلسة بمعدلِ جلستين أو ثلاثة جلسات أسبوعياً لمدة ساعة ونصف. ويَستند البرنامج المقترح في الدراسة الحالية إلى العلاج المعرفي السلوكي وبعض نظرياتِ الإرشاد الأسري (العلاج المتمركز على الحلِ) في الأنظمة الأسرية. ويعرف الإرشاد الجمعي بأنه شكل من أشكال الإرشاد يضم عدداً من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة. ويهدف إلى مساعدة الأفراد على مواجهة العقبات التي تعترض تأديتهم لأدوارِهم ووظائفهم النفسية والاجتماعية ولِتحقيق أقصى درجات النمو لإمكاناتهم الشخصية.

الجدولُ الزّمنيُ لتنفيذِ مواضيع برنامجِ الإرشادِ الجمعيِّ على المجموعةِ التّجريبيّةِ وتوزيعها على الجلساتِ الإرشاديّةِ

اليوم وتاريخ الجلسةِ		الرقم والموضوع الرّئيس للجلسةِ
اليوم	تاريخ الجلسةِ	
السبت	2015/5/2	الجلسةُ الأولى: التّعارف والتّقديم وبناءُ المصداقيّةِ
الاثنين	2015 /5/4	الجلسةُ الثّانيةُ: تقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000)
الخميس	2015/5/7	الجلسةُ الثّالثةُ: النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب
السبت	2015/5/9	الجلسةُ الرّابعة : نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (Daily Record of Dysfunctional Thoughts)
الاثنين	2015/5/11	الجلسةُ الخامسةُ: للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (2)
الخميس	2015/5/14	الجلسةُ السّادسة : مهارات الاسترخاء و إعادة التنظيم المعرفي (1)
السبت	2015/5/16	الجلسةُ السّابعة: مهارات الاسترخاء و إعادة التنظيم المعرفي(2)
الاثنين	2015/5/18	الجلسةُ الثّامنة: التعليمات الذاتية والحوار الذاتي
الخميس	2015/5/21	الجلسةُ التّاسعة: إعادة البناء المعرفي(1)
السبت	2015/5/23	الجلسةُ العاشرة: إعادة البناء المعرفي (2)
الاثنين	2015/5/25	الجلسةُ الحاديةُ عشرةَ: مهارات المواجهة(2)
الخميس	2015/5/28	الجلسةُ الثّانية عشرة: مهارات المواجهة(1) للقلق
السبت	2015/6/30	الجلسةُ الثّالثة عشرة: مهارات المواجهة(2) للقلق
الاثنين	2015/6/2	الجلسةُ الرّابعة عشرة : الدّمج والتّكامل التّقييم والانتهاء
الاثنين	2015/6/2	الختامية**(1)** القياس البعدي (التجريبية والضابطة) (ن=30)
الإثنين	2015/6/2	الختامية**(2)** القياس التتبعي (التجريبية فقط (ن=15)

نموذج من جلسات برنامج الإرشاد الجمعي المستند إلى مناهج علاج التعليم النفسي و العلاج المعرفي السلوكي

الجلسة الأولى (1) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
التعارف / بناء المصداقية	السبت 2015/5/2	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

محتوى الجلسة

تشترك في هذه الجلسة معظم برامج الإرشاد الجمعي، وتعد جلسة بنائية وتعني بتوثيق العلاقة بين المرشدة والنساء اللاتي سيخضعن للبرنامج الإرشادي، حيث ستعمل على بناء العلاقة مع الأعضاءِ وعلى إتاحة الفرصة للتعارف بينهنَ وكسب الثقة ما بين الأعضاء من خلال التركيز على قواعد العمل والاتصال ما بينَ القائد والنساء الأعضاء في المجموعة وليسَ على المشكلة باستخدام تكنيكات الاستماع والتعاطف وتحديد الأهداف وبالتالي بناء الثقة من خلال التأكيدِ على سرية المعلومات التي تناقش من خلال الجلسات الإرشادية، وتعريف الأعضاء (النساء) بالبرنامج وأهدافه، والتعرف على توقعات النساء من البرنامج، وبيان حقوق وواجبات كل عضوة، والتأكيد على احترام المواعيد والقيام بالواجبات (المشاريع الشخصية) (Munoz et al., 2000) ، والحفاظ على السرية التامة.

الأهداف (Goals)

الترحيب بأفراد المجموعة، والتذكير بالمشكلة الأساسية لأفرادِ المجموعة.
تعرف أفراد المجموعة على بعضهم البعض.
تشجيع الأعضاء على الشعور بأنهن مرتاحات مع بعضهن البعض، ومع قائد المجموعة، وخلق جو من الثقة بين الأعضاء.
الاتفاق على قواعد المجموعة والالتزام بها والتوقيع على عقد اتفاق وموافقة خاصة بقواعد العمل مع المجموعة.
التوضيح للأعضاء عن طبيعة البرنامج الإرشادي، أهدافه، استراتيجياته، نشاطاته، الواجبات البيتية.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
المشروع الشخصي (واجب بيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

أوراق بيضاء وأقلام لكتابة الملاحظات.
أقلام تلوين، مقص وبطاقات بيضاء كرتونية.
نشرة مواضيع البرنامج مرفقه بجدول زمني.
أوراق (Flip chart) وأقلام تخطيط لتوضيح بعض المواضيع وشرحها.
نموذج عقد الاتفاق المكتوب بين المرشدة وأعضاء المجموعة لتوقيعه من قبل المسترشدات للالتزام بالبرنامج الإرشادي.

أوراق مطبوعة مكتوب عليها الخطوط العريضة لمواعيد ومواضيع الجلسات الإرشادية.
نموذج الواجب البيتي.

الإجراءات (Procedures)

ترحيب المرشدة بأعضاء المجموعة، وتشكرهن على الحضور. ومن ثم تقوم المرشدة بالتعريف عن نفسها وعن طبيعة عملها بشكل مفصل (المؤهل العلمي، التخصص، الوظيفة، الهوايات).

تطلب المرشدة من الأعضاء تقديم أنفسهن، بحيث تذكر كل سيدة نبذة شخصية عن نفسها (الاسم، العمر، الهواية ....الخ). وذلك من خلال تبادلِ كرة صغيرة للبدء في الحديث.

نشاط كسر الجمود وذلك بأن تقول كل مسترشدة اسمها واستخدام الحرف الأول من اسمها وتجيب على واحد من الأسئلة التالية (Knox, 2009, p. 8): " هل يحمَلُ اسمَكَ معنى خاصّ أو هل سُمّيتَ على اسم شخص ما خاصّ؟؛ إذا كانَ يُمكِنُك أَنْ تَتمنّى شيءَ واحد أنْ يَتحقّقَ هذه السَنَةِ، ماذا يَكُونُ؟؛ إذا كانَ بالإمكانِ الإجابة علَى أيّ سؤالِ يخطر ببالك، ماذا سيَكُونُ؟؛ إذا كانَ يُمكِنُك أَنْ تَتعلّمَ أيّة مهارة، ماذا ستَكُونُ؟ وبهذه الطريقة نتأكد أن المسترشدات قد تعرفهن على أسماء بعضهن البعض بشكل أفضل وكذلك يسود جو من الراحة والاطمئنان.



تقوم المرشدة بإعطاء كُلّ مشارك البطاقةَ الكرتونية البيضاءِ والمقص وأقلامِ الألوان. تطلبُ مِنْهم رسَم وقصّ بحجم شكل وجه. هم يُمْكِنُ أَنْ يَقْطعوا مكان العيونَ أيضاً والفَمّ إذا كانوا يرغبون. ثمّ يطَلبَ منهم تَزيين وجهِ بطاقتِهم. بحيث يُمثّلُ جانبُ واحد ما الذي يعتقدون بأَنّ الناسَ يَرونَ / يَعْرفُون/ يَعتقدُون بشأنهم وبمعنى آخر: كيفَ تبدو صورتهم من الخارج. ويُمثّلُ الجانب الآخر الذي يَشْعرونَ به نحوَ أنفسهم وبمعنى آخر: الأشياء التي تجري داخل نفوسهم، الذي لا يَعْرفه الآخرون بالضرورة أو يَرونَه فيهم. و'الأقنعة' هذه أفضل طريقة مستعملةِ في مجموعةِ تؤسس لأولِ مرة حيث نرغب في أن يكون الأعضاء بدأوا يشعرون بالألفة والراحة مَع بعضهم البعض.

بعد توزيع ملفات ورقية خاصة بكلِ مشاركة تحتوي على مواد مطبوعة تلخص جلسات البرنامج، تقوم المرشدة بالتوضيح للمسترشدات عن البرنامج الإرشادي وعدد جلساته، مدة كل جلسة، الهدف الرئيسي الذي نسعى له وهو تخفيف (*تخفيف القلق والاكتئاب التي تواجهه السيدات فيما يتعلق بمرضهن وزيادة الدعم الاجتماعي*) وأهمية الالتزام واحترام قواعد كل جلسة (السرية)، الالتزام بالمواعيد، الاحترام المتبادل بين الأعضاء والقائد، الكشف عن الذات والمشاركة والاستماع لكل شخص وعدم مقاطعته. بعدَ إتاحة المجال لبعض المناقشة حول البرنامج وتلبيته لحاجاتهن، تقوم المرشدة بتوزيع الورقة المطبوعة المكتوب عليها قواعد الجلسات الإرشادية ومناقشتها لتحقيق فائدة أكبر.

تقوم المرشدة بالتوضيح بأهمية الواجبات البيتية والمشاركة والتفاعل في النشاطات والواجبات المطلوبة وأن الالتزام بها وتنفيذها يساعد على معرفة المشكلة وبالتالي يساعد على الشفاء.

توزيع نموذج التعاقد لتوقيعه من قبل المسترشدات مع الاحتفاظ بنسخه في ملفاتهن.

توزع نموذج الواجب البيتي رقم (1) والشرح للمسترشدات عن كيفية تعبئته وإتمامه.

إنهاء الجلسة بعد تلخيصها والاستماع للتغذية الراجعة المتبادلة بينَ المشاركات، مع التذكير بموضوع الجلسة القادمة وموعدها وضرورة إنجاز وإحضار الواجب البيتي للجلسة القادمة.

نموذج الواجب البيتي رقم (1) تسجيل المواقف والأحداث التي أشعرُ قبلها، خلالها، بعدها الاكتئاب والقلق

المواقف أو الحدث	وصف شعوري	قبل	خلال	بعد
موعد مع الطبيب	قلق وحزن	√	O	X

الجلسة الثانية (2) (Session)

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
تقييمُ المشكلة حسب بيك وآخرون (2000)	الاثنين 4/5/ 2015	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود المشاركات في المجموعة.
محاولة لتطوير تماسك المجموعة من خلال تشجيع المشاركات.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.
إلقاء نظرة عامة عن الاكتئاب وعن العلاج المعرفي السلوكي.
مراجعة ما دار في الجلسة الأولى.
مراجعة الواجب البيتي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)

الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
المشروع الشخصي (واجب بيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام رصاص وأوراق للأنشطة ولكتابة الملاحظات.
أوراق بلاستيكية لكتابة أسماء المسترشدات.
عقد اتفاق مكتوب بين المرشدة وأعضاء المجموعة للالتزام بالبرنامج الإرشادي وتوقيعه.
ورقة مطبوعة تحتوي على القواعد الأساسية للجلسات الإرشادية.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي1).
نشرة عن العلاج المعرفي السلوكي.

الإجراءات (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً. وتقدم لهم نشاط لكسر الجمود ويدعى " شبكة الأسماء"، حيث تقسّمُ المشتركات إلى مجموعاتٍ مِنْ أربعة. تَحتاجُ كُلّ مجموعة لأوراق وأقلام. ويطلب منهم رسم شبكة يَكْتبونَ فيها أحرف أسمائهم الأولية وتأليف كلمات جديدة منها. على سبيل المثال:

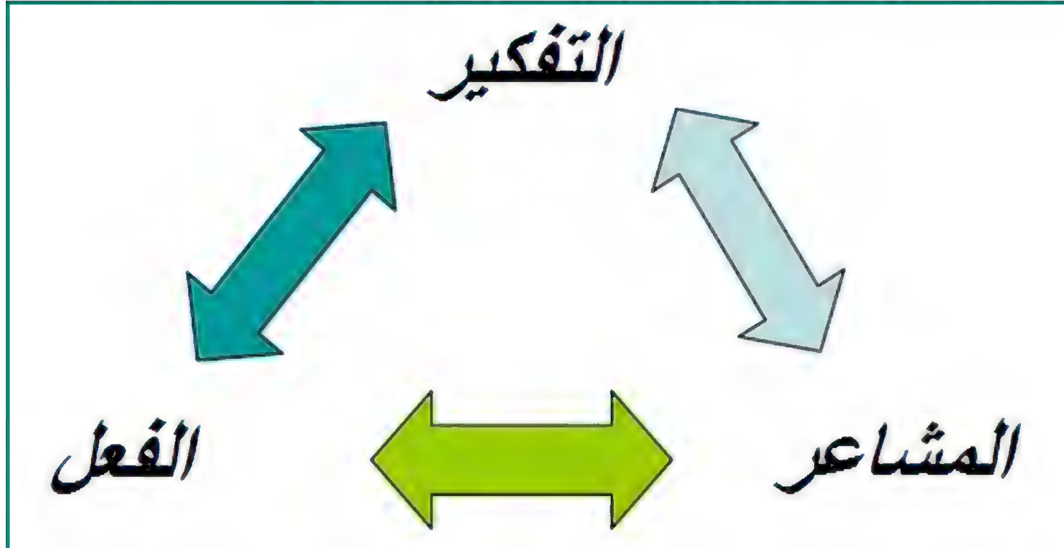
م	ن	ا	ل		لميا	ريما	1
س	ا	م	ي	ة	ألماس	بامية	2
هـ	ي	ا	م		ناي	محبة	1
ر	ا	ب	ح	ة	مسرة	سهر	1

النتيجة 5 نقاط

وتعطِي كُلّ فريق، ثلاث دقائقِ لكِتابةِ العديد مِنْ الكلماتِ (ثلاث أحرف أَو أكثرِ) التي يُمْكِنُهم أَنْ يَكونوها فقط باستعمال الأحرف الواردة من أسمائهم. يَجِبُ أَنْ تكون الأحرف متجاورَةَ في الشبكةِ، لكن ليس من الضروري أن تكُون في خط مستقيم. عندما ينتهي الوقت يَجْمعُ كُلّ فريق نتيجتَه. الكلمات المؤلفة من 3-4 أحرف = 1 نقطة؛ الكلمة المؤلفة من 5 أحرف = 2 نقاط؛ من 6 أحرف = 3 نقاط (Knox, 2009, p. 13).

تطرح المرشدة السؤال: ما هو الاكتئاب؟ يطرح هذا السؤال بطريقة من شأنها أن تشجع المشاركات لتبادل المعلومات حول تجربتهن الشخصية وبعد ذلك تقاسم المعلومات التالية في محاولة لدمج المعلومات وتقاسمها مع المشاركات. يتم استخدام كلمة الاكتئاب بطرق عديدة، الاكتئاب يمكن أن يعني شعور يستمر بضع دقائق، مزاج يستمر بضع ساعات أو بضعة أيام، حالة سريرية يمكن أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل والتي تسبب معاناة عاطفية قوية يجعل من الصعب تنفيذ الأنشطة اليومية. ومن ثم عرض مجموعة من أعراض الاكتئاب وتسأل المشاركات إذا كانت لديهن خبرة من واحد أو بعض أو كل الأعراض التالية: 1. الشعور بهبوط المعنويات كل يوم تقريباً. 2. عدم الاهتمام بالأشياء وعدم المقدرة على التمتع بالأشياء التي كان يتمتع بها من قبل. 3. الشهية (تناول أكثر أو اقل مما كنت أتناوله من قبل). 4. تغير في الوزن. 5. مشاكل في النوم (صعوبة في النوم/ الاستيقاظ في وقت مبكر جداً/ الاستيقاظ في كثير من الأحيان/ عدم القدرة على الرجوع للنوم/ النوم أكثر من اللازم). 6. التغير في النشاط (نشيطة جداً/ كسولة جداً). 7. الشعور بالتعب طوال الوقت. 8. الشعور بعدم القيمة والشعور بالذنب. 9. مشاكل في التفكير والتركيز في اتخاذ القرارات. و10. التفكير في الموت وإيذاء النفس (الانتحار).

ثم تستخدم الأسئلة التالية كخدعة لمعرفة الأعراض التي تعاني منها المشاركات:
ما هي أنواع الأفكار التي تتوارد إلى ذهنك عندما تشعرين بالاكتئاب أو الحزن؟
ماذا تفعلين عندما تشعرين بالاكتئاب؟
كيف تحصلين على دعم من الآخرين عندما تكونين مكتئبة؟
بعد ذلك تغلق المناقشة عن الاكتئاب من خلال مراجعة كيف يمكننا فهم الاكتئاب باستخدام الرسم البياني.



ثَمّ تعرض مفهوم كيفَ أنَ أفكارنا تؤثر على مزاجنا (أي تلون كيف نشعر). أنواع معينة من الأفكار التي تجعلنا نشعر بمقدار كبير أو قليل من الاكتئاب عن طريق الأفكار أي الأشياء التي نقولها لأنفسنا الأفكار يمكن أن يكون لها تأثير على جسمك والأفكار يمكن أن يكون لها تأثير على ما يفعله الشخص ، والأفكار يمكن أن يكون لها تأثير على مزاجك (شعورك)

ومن ثم تقوم بعرض مثال على كيف أن التفكير يمكن أن يكون له تأثير كبير على الجسم، التصرف (الفعل)، والمزاج أي الشعور.

المثال: كانت السيدة سلمى عائدة من زيارة لوالدتها، ورأت شخصاً يمشي خلفها بسرعة وكانت نظراته مخيفة وهو ينظر إليها، اعتقدت سلمى أنه كانَ يريد أن يسرقَ حقيبتها، وفي هذه الحالة وكرد على هذا الاعتقاد الذي بدأ يؤثر على جسمها وتصرفها ومزاجها حيث شعرت أنَ جسمها بدأ بالتعرق وأنَها تكاد تسمع ضربات قلبها المتسارعة، وأحست بألم في معدتها وأطرافها، وبدأت بعدَ ذلك تسارع الخطى وتمشي بشكل أسرع وهي تشعر بالتوتر والخوف، وبعد ذلك وصلَ الشخص الغريب إلى جانبها، كانَ يتحدث بالهاتفِ النقال ولم يفعل شيئاً كما ظنت وتوقعت بل تجاوزها مسرعاً باتجاه المنعطفِ مشيراً لإحدى سيارات الأجرة، وبعدها أدركت أنه مجرد شخص كانَ في عجلة من أمره.

وبعد ذلك تطلب من المشاركات التفكير ملياً بكم مرة شعرن بما شعرت به السيدة سلمى بسببِ خوف من شيء مجهول وتوقعهن لحدوثِ أمر مؤذ لهن؟

تقوم بشرح الغرض من العلاج المعرفي السلوكي، وكيفَ أنه يستهدف علاج الاكتئاب والقلق عن طريق إكسابهنَ طرق مختلفة لتحسين السيطرة على الشعور بالخوفِ، القلق، الحزن، الاكتئاب. كما توجد أربعة أهداف سنعمل على تحقيقها سوياً من أجل:

تقليل أو القضاء على مشاعر الاكتئاب والقلق تقليل الوقت الذي تشعر به في الاكتئاب والقلق تعلم طرق لمنع أو تجنب الاستمرار بالشعور بالاكتئاب والقلق الشعور أكثر بالسيطرة على حياتك ومعرفة طرق طلبِ المساعدة والدعم	تشير إلى الدرجات المرتفعة التي سجلتها المشاركات على مقاييسِ القلق والاكتئاب وأيضاً القصور الذي يعانين منه فيما يتعلق بالدعم سواء الأسري او الاجتماعي من الصديقات والمعالجين

وتبادرُ بسؤال المشاركات هل لديكن أي أسئلة أو تعليقات حول ما تحدثنا عنه اليوم، هل شعرتم أنَ الجلسة كانت مفيدة لكل واحدة منكن وأجابت عن بعض التساؤلات التي تدور في ذهنكم. وتختم الجلسة بأن تقوم بمناقشة المشروع الشخصي الذي سوف نكمله في المنزل (الواجب البيتي رقم (2) وإعادته لعرضه في الجلسة القادمة.

المشروع الشخصي: ميزان حرارة المزاج.

Mood Thermometer

الأفضل بكثير	9	9	9	9	9	9	9
الأفضل فقط	8	8	8	8	8	8	8
أفضل	7	7	7	7	7	7	7
أفضل من العادي	6	6	6	6	6	6	6
عادي	5	5	5	5	5	5	5
أسوأ من العادي	4	4	4	4	4	4	4
سيئ	3	3	3	3	3	3	3
سيئ جدا	2	2	2	2	2	2	2
الأسوأ	1	1	1	1	1	1	1

وتقوم بنمذجة المقياس أمام المشاركات وشرحه لهن وتوزيع نسخ منه مثلا إذا كنت تشعرين بأنك تمرين بحالة انفعالية عادية ضعي دائرة على الرقم 5، وإذا كنت تشعرين بحالة عاطفية سيئة ضعي دائرة على الرقم 3، وهكذا. وهذا المقياس يتيح لكم تقييم شدة أعراض الاكتئاب والقلق أو المزاج في نهاية كل يوم. وفي نهاية كل يوم ستقوم كل واحدة منكن بتقييم كيف كانت تشعر بتغيرات المزاج لديها. وإنهاء الجلسة بعد تلخيصها والاستماع للتغذية الراجعة المتبادلة بينَ المشاركات، مع التذكير بموضوع الجلسة **القادمة وموعدها.**

الجلسة الثالثة (3) Session)

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب	الخميس 2015/5/7	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
التعرف على أفكارك.
النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب
مراجعة الواجب البيتي ومناقشته ما بين أعضاء المجموعة.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط مع المرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.

المشروع الشخصي (الواجب البيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
مشروبات ساخنة وباردة وماء.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي 3).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى " أمور حقيقية أو خيالية (أسراري): يُطلب من كل مشاركة أن تقوم بالكِتابَة على قطعة ورق ثلاثة أشياءَ (أسرار) حول نفسها والتي قَدْ لا يعْرَفها الآخرون في المجموعةِ عنها. اثنان منهم حقيقين وواحد لَيسَ صحيحاً (خيالي). وبالتَنَاوُب يَقْرأونَ الصفات أو الأمور "الحقائق" الثلاثة حول أنفسهم ثم تقوم بقيّة المجموعةِ لتُصوّتُ ما الذي تعتقد أنه حقيقي أو خطأ عن المشاركة. وتوجد هنا دائماً مفاجئات. وهذا النشاطِ البسيطِ يكون دائماً مثيراً للمرحُ، ويُساعدُ أعضاء المجموعةَ والقادة لَيتعرّفونَ أكثر عن بعضهم البعض(Knox, 2009) .

ثم تطرح سؤال مفتوح لتيسير إجراء مناقشة حول الأفكار. " **ما الذي يدور في ذهنكم الآن وهنا؟** الأفكار هي أفكار (العبارات أو الجمل) التي نقولها لأنفسنا. نحن نتحدث باستمرار لأنفسنا داخلياً، ولكن في كثير من الأحيان نحن لسنا دائماً على علم بها. ومن المفيد أن نفكر في هذه الأفكار كما أنَ "المواضيع" (الأفكار) التي لها تأثير حقيقي على عقولنا.

أفكارك تؤثر على مزاجك (كيف تشعر): أنواع مختلفة من الأفكار تنتج تأثيرات مختلفة على مزاجك. بعض الأفكار تزيد من أعراض الاكتئاب، في حين أن مساعدة الآخرين لك يشعرك على نحو أفضل. وتقدم لهم النموذج حول بعض الأفكار السلبية التي تتوارد في عقل الأشخاص المكتئبين ليميزوا ما إذا كان لديهم مثلها ويضعون إشارة أو عدة إشارات حسب حدة الفكرة:

الفكرة	حدتها خارج الجلسة	حدتها الآن هنا داخل الجلسة
الأفكار السلبية NEGATIVE	XX	O
الأفكار الايجابية POSITIVE	O	O
الأفكار الغير المرنة INFLEXIBLE	XXXX	XX
الأفكار الحكمية JUDGMENTAL	XXX	XXX
الأفكار المدمرة: DESTRUCTIVE:	XXXXX	XX
الأفكار الغير ضرورية: UNNECESSARY:	XX	XX

الآن، لماذا التفكير عندما تكونون خارج المكان هذا يكون أشد تأثيراً وسلبية؟ لإعطاء قيمة للوجود بين مجموعة.

كيف تعتقدون أنَ الناس الذين لا يعانون من الاكتئاب يفكرون؟ مع توضيح الاختلافات بين الأفكار التي يعاني منها الناس المكتئبين مقابل أفكار الناس الذين لا يعانون من الاكتئاب. لروية الجانب الإيجابي من الأشياء والأحداث.

أفكار الاكتئاب السلبية: " مرضي مصيبة"؛ " أنا لا يمكنني التوقف عن تناول السكر"؛ "عائلتي هي الكارثة" "أنا غبية".

أفكار مرنة: " مرضي صعب للغاية، لكن أيضاً أعطاني فرصة لرعاية نفسي"؛ "عائلتي فيها عيوب ومشاكل، ولكن لديهم أيضاً أشياء جيدة." وتناقش فكرة كيف أنَ تعلم تحديد أنواع مختلفة من الأفكار الضارة أو النتائج العكسية.

مناقشة قائمة أخطاء التفكير: نحن سنقوم بمناقشة أنواع مختلفة من الأفكار السلبية، أو بطرق للنظر إلى الأشياء التي تحدث لنا، والتي تضر لأنها تجعلنا نشعر بشعور سيئ لأنها لا تستند إلى وقائع أو أنها تشوه الحقيقة الواقعية. مع قراءة ومناقشة كل نوع من الفكر. وتأكد المرشدة من أن المشاركات يفهمن كل فئات التفكير. طريقة واحدة للتأكد من ذلك عن طريق تقديم كل مشاركة مثال على كل نوع تفكير وذلك بعد مناقشة كل نمط. والهدف من معرفة هذه الأنماط هو معرفة ما هو النمط الذي تتبعه كل مشاركة واستبداله بنمط إيجابي مفيد وأكثر واقعية. ومن أنماط التفكير ما يلي:

كل شيء أو لا شيء التفكير (All or nothing thinking)	هذا عندما تنظر إلى الأمور كما لو أنها كانت جيدة تماماً أو سيئة تماماً.
التصفية (الفلترة) العقلية (Mental Filter)	هذا عندما تأخذ حدث سلبي واحد وتركز عليه في مثل هذه الطريقة التي ترى كل شيء سلبي وتعتقد أن كل شيء يسير على نحو خاطئ. كما يشير أيضاً إلى صنع أو رؤية الأشياء على أنها أكبر مما هي عليه بالفعل.
خصم الإيجابيات (Discounting the positive)	هذا عندما لا تلاحظ الأشياء الإيجابية التي تحدث معك ترى فقط ما هو سلبي . أو عندما تحدث الأشياء الإيجابية معك يبدو أنها أقل أهمية بالنسبة لك.
القفز لاستنتاجات خاطئة (Jumping to the wrong conclusions)	هذا عندما تأتي إلى استنتاجات بسرعة كبيرة جدا وترى الجانب السلبي للأشياء. وهناك نوعان:

1. قراءة العقل (Mind reading) هذا عندما نفترض أن شخصا ما يفكر بشيء ما دون علم أو دليل. على سبيل المثال، تعتقد أن هناك شخص غاضب منك أو لا يحبك دون دليل على ذلك.



2. قراءة الطالع (Fortune-telling) هذا عندما تشعر وتتوقع أن الكوارث والمآسي ستحدث معك وحدك في المستقبل.



أخذ مشاعرك على محمل الجد (Taking your feelings too seriously)	هذا عندما تعتقد أن مشاعرك هي النسخة الوحيدة للواقع. على سبيل المثال، كنت أعتقد "أنني وحيدة بحيث حياتي ليس لها معنى".
الوجوبيات (Should/Perfectionism)	لازم، يجب، ينبغي....
إلقاء اللوم على نفسك (Blaming yourself)	هذا عندما تلومين نفسك عن الأشياء السلبية التي تحدث من حولك والتي ليس لديك أي سيطرة عليها. على سبيل المثال، إذا كان هناك شيء سيء يحدث لك (المرض بالسكري) أو لأحد أفراد عائلتك أو الأصدقاء، تشعرين كما لو كان خطأك لأنك لا يمكنك منعها.

الواجب البيتي (رقم 3).

1. ميزان حرارة المزاج والإستمرار في رصد مشاعرك.
2. احتفظ بسجل لأفكارك (Thought Record). استكمال قائمة الأفكار الإيجابية والسلبية التي هي في الدليل الخاص بك. في نهاية كل يوم المطلوب منك قراءة قائمة ووضع علامة على كل نوع تفكير لديك. وأن تحصي العدد الإجمالي للأفكار الإيجابية والسلبية. مع معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين **عدد** كل نوع من التفكير (إيجابي أو سلبي) ومزاجك التعيس/ الجيد.
3. حاول أن تعرف كل واحدة من الأفكار التالية وفقاً لفئة أخطاء التفكير التي ناقشناها في جلسة اليوم. مع محاولة لتغييرها إلى أفكار أكثر إيجابية ومرنة.

نموذج الواجب البيتي (3). أولاً: قائمة الأفكار السلبية (LIST OF NEGATIVE THOUGHTS)

ضع علامة (X) مقابل الأفكار السلبية التي كانت لديك كل يوم

التاريخ	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
أنا مرتبكة ومشوشة.							
لا يوجد حب في العالم.							
أنا أقوم بإضاعة حياتي.							
أخشى وأخاف كثيراً.							
سوف تنتهي الأمور لوحدها							
لا أحد يعتبر الصداقة هامة.							
ليس لدي الصبر.							
لا شيء يستحق ذلك.							
من الصعب على الاستمرار.							
أنا غبية							
أي شخص يفكر أنني لطيفة لا يعرفني حقا.							
لم يعد للحياة معنى.							
انني قبيحة.							
لا أستطيع التعبير عن مشاعري.							
أنا لن أحصل على ما أريد حقاً.							
أنا لست قادرة على منح الحبِ لمن حولي							
أنا لا قيمة لي.							
قد تلاشت آمالي.							
أنا عديمة الفائدة.							
أنا لن أكون قادرة على حل مشاكلي.							
كل ما أفعله يتبين أنه خطأ.							
أنا لن أتمكن من تغيير حياتي.							
يحصل دمار في كل شيء.							
ليس لدي إحساس بشيء.							
كنت أتمنى لو لم يولدوا أبدًا.							
لن أكون قادرة على النوم.							
أنا أقل شأناً من الآخرين.							
كل شيء هو ذنبي.							
لماذا كل شيء سيئ يحدث معي؟							
ليس هناك ما يفرح.							
الحياة لا تستحق أن أعيش فيها.							
أنا لن أتوقف عن الشعور بالاكتئاب							
ليس لدي ما يكفي من قوة الإرادة.							
كنت أتمنى لو لم يكن في حياتي							
أتساءل عما إذا كان يتحدث الناس عني.							
الأمور تسير معي من سيئ إلى أسوأ.							
لدي مزاج سيء.							
الحياة غير عادلة.							
أنا لا أجرؤ على تخيل كيف							

ستكون حياتي بعدَ 10 سنوات							
حدث شيء والخطأ مني.							
أنا أنانية.							
أنا لست جيدة كما الآخرين.							
أشعر بالغضب بسهولة							
لا أحد في عائلتي يفهمني.							
أنا دائماً أشعر بالملل.							
لن أشفى من مرضي أبداً							
مجموع الأفكار السلبية							

نموذج الواجب البيتي (3). ثانياًَ: قائمة الأفكار الإيجابية (LIST OF POSITIVE THOUGHTS)

ضع علامة (X) مقابل الأفكار الإيجابية التي كانت لديك كل يوم

اليوم	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
يمكنني التقيد بالعلاجِ على نحو أفضل.							
ما أجمل الصباح							
سوف أتعلم كيف أكون سعيدة.							
الحياة مثيرة للاهتمام.							
تستحق أن أثق بها							
على الرغم من أأن الأشياء سيئة الآن، لكنها سوف تتحسن.							
قمت بعمل جيد.							
أنا حقا أشعر أنني بحالة جيدة							
هذا أمر مبهج لي.							
اخترت أفضل حل لمشكلة صعبة.							
أنا إنسانة جيدة.							
أنا متفائلة بشأن مستقبل بلدي.							
لدي سيطرة جيدة من نفسي.							
لدي الحق في أن أكون سعيدة بالرغم من مرضي.							
هذا مثير للاهتمام.							
أنا حقا التعامل مع هذا الوضع بشكل جيد.							
أنا أحب القراءة							
لديّ علاقات جيدة مع الآخرين.							
لقد عملت بجد، الآن أنا بحاجة للراحة.							
أنا أهتم بالآخرين من حولي.							
لدي ما يكفي من الوقت للقيام الأشياء التي كنت أريدها.							
أحب الناس.							
أنا دائما أنجح في العثور على قوة من أجل حل أي مشكلة صعبة.							
أنا إنسانة جيدة.							
أنا صادقة							
أنا يمكنني التعامل مع الأزمة الصحية التي أعيشها كل يوم، وكذلك أي شخص آخر.							
لقد استفدت من تجاربي للمستقبل.							
أنا محظوظة.							
أنا مسؤولة للغاية.							
أنا أقوم بالاهتمام بأشخاص آخرين.							
أنا ذكية.							
أنا جذابة.							
أنا مهمة لعائلتي							
مجموع الأفكار الإيجابية							

الجلسة الرابعة (4) (Session)

عدد المسترشدات	المكان	الوقت	اليوم	عنوان الجلسة
15	مركز المفرق الصحي الشامل	10-11:30 صباحا	السبت 2015/5/9	نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (Daily Record of Dysfunctional Thoughts)

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود النساء في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
مقدمة تعليمية موجزة عن الأفكار التلقائية (Automatic thoughts (ATs) مع الأمثلة.
الاسترخاء (Relaxation) والتخيل الموجّه(Guided imagery).
نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفيا**ً.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
الإسترخاء (Relaxation) والتخيل الموجّه(Guided imagery).
تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.
المشروع الشخصي (الواجب البيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ورقة عمل وتعليمات(الاسترخاء والتخيل الموجّه).
مشروبات ساخنة وباردة وماء.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي 4).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى " لو لم أكون.... لتمنيت أن أكون.....".

مساعدة الأعضاء على الكَشْف والتحدث عن مشاعرهن تجاه أنفسهن وأسرهن وأقاربهن. البدء بالتَعَلّم حول الأفكارِ الآليةِ (Automatic Thoughts (ATs)، ومعالجة ردود الأفعال، المفاجئات، الإحباطات مِنْ بداية الجلسة. وأن المشاكلُ النفسية تَبْدأُ في أغلب الأحيان بتدني مفهوم الذات والإحباط خاصة عندَما يكون الشخص لديه وضع صحي كمرض السكري، والاستهزاءِ والنقد الصادر مِنْ أفراد العائلةِ، و/ أو من المقارنات مع الآخرين. وتُستَعملُ الصورة التخيلية الموجّهة (Guided imagery) للسَماح للأعضاء لإستِكْشاف مصادرِ أخرى محتملةِ للأفكار الآلية (Automatic Thoughts (ATs) ، المختلة بأسلوبِ قويَّ (وعلى أمل ذو بصيرة). ويَحتاجُ قادة المجموعة للإنتباه بحرصِ على ردودِ أفعال الأعضاء، نظراً لأنَ الصورة التخيلية قَدْ تَكُون غامرةَ.

العمل على علاج التخيل الموجّه بالمُناقشةِ حول الضغوطِ الاجتماعية الحضاريةِ والعائليةِ التي تحيطُ بشكل خاص بالمرضِ، الخ.

باستخدامِ نموذج السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفيا**ً، مقدمة تعليمية موجزة عن الأفكار التلقائية (Automatic thoughts (ATs) مع الأمثلة.

الأفكار التلقائية تكون أفكار تقييمية تحدث بسرعة . . [تلك] التي لا تكون نتيجةَ المعالجة الممحصة وإمعان الفكر أَو التفكّر [التي] يَبْدو أن تطلعُ آلياً؛ وهي سريعة وقصيرة جداً في أغلب الأحيان. [الفرد الواحد] قَدْ يَكُون بالكاد مدركاً لهذه الأفكار؛ [الواحد] أكثر بكثير يُحتملُ أَنْ يَكُونَ مدركاً للعاطفةِ التي تَلي ظهور الأفكار التلقائية. كنتيجة، [الواحد] أكْثر من المحتمل أن يَقْبلُ بشكل غير ناقد [مثل هذه] الأفكار الآلية ويعتبرها حقيقية وصادقة "(Beck, 1995, p. 14). ويَجبُ أَنْ تَغطّي المقدمة النقاطَ التاليةَ (Beck, 1995):

١. تكون الأفكار التلقائية (Automatic thoughts (ATs) عامة ومشتركة عند كُلّ شخص ولَيستْ إشاراتَ للأمراضِ النفسية.
٢. عادة لا تحدث الأفكار التلقائية (ATs) وتعالجُ موقفاً بشكل مُحدّد وخاص لأنك من المحتملَ كنت تَقُولُها / تَفْكر بها (أو بَعْض الإختلافِ بينها) منذ وقت طويل.
٣. أنت على الأرجح ستنزع لمُلاحَظَة مشاعر وعواطف معينة بدلاً مِنْ ملاحظة تلك (ATs) لأنها تكون من الفظاظة والقسوة بحيث يصعب مُلاحظتها في باديء الأمرِ.
٤. الأفكار التلقائية (ATs) المعطلة (Dysfunctional) من المحتمل أن تدوّرَ في ذهنك وتخطر ببالك عندما تَبْدأُ بالشُعُور بالاكتئاب حول نفسك.
٥. يُمكنُ أَنْ تكُونَ الأفكار التلقائية (ATs) صورَ أَو ذكريات بالإضافة إلى بعضِ العبارات والجمل الذاتيةِ.

ويتم التأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

تحديد **مهمة مراقبة الأفكار التلقائية** (ATs) كـ**"واجب بيتي"**(Homework) رقم (4) كالتالي: "عندما تُلاحظُ بأنّك بَدأتَ بالشُعُور بشكل سيئ حول نفسك، اسْألْ نفسك 'ماذا كَانَ فقط يمُر ويدور عبر رأسي؟ 'هَلْ كُنت قادراً على تَذْكر الشيءِ، أَو ما الذي كنت تَقُولُه من شيءَ سلبيَ إلى نفسك؟ حاولُ أن تتذكّرْ هذا أو أفضل لحد الآن، أن تَكْتبُه وتجْلبُه إلى الجلسةِ القادمةِ".

الاسترخاء (Relaxation)

تتكلّمُ المرشدة قائدة المجموعة بصوت بطيء وخافت هادئ. وتطلب من الأعضاءِ أن يغلقوا عيونهم ويصبحُوا مرتاحين في جلوسهم قدر الإمكان.
تطلب من المشاركينُ أنْ يُركّزوا على تنفّسهم - يتنفّسون مِنْ الحجاب الحاجزِ الأوطأِ الأدنى بدلاً مِن فوق في الصدرِ.
وأن يَتنفّسوا ببطء زفيراً وشهيقاً، مع التَركيز على كُلّ تنفس. بدءاً بالأقدامِ، يطْلبُ مِنْ المشاركين شد العضلاتِ في أقدامِهم (تقريباً لمدة 8 ثواني) وبعد ذلك يرخون الشد والتَوَتّرَ (ثانيةً، لمدة حوالي 8 ثواني)، ويُلاحظُون الإختلافَ بينَ التَوَتّرِ والإرخاءِ. وتجعلْ الاسترخاء حقيقياً أكثرَ باستعمال الأمثلةِ مثل، "تحسُّ بالتَوَتّرَ يَتدفّقُ خارج أقدامِكَ مثل الماء الخارج من حنفية". يَعمَلُ نفس الشيء بالسيقانِ السفلى (الشد لمدة 8 ثواني، والإرخاءِ لمدة 8 ثواني)، ثمّ السيقان من أعلى. يَنتقلُ إلى البطنِ وبعد ذلك إلى الصدرِ. يَنتقلُ إلى الأيدي، ثمّ الساعدين، ثمّ الذراعين العلويين.ويَنتقلُ إلى الأكتافِ. الصورة المساعدة هنا جعلهم يَتخيّلونَ بأنّ هناك خيوط مَربوطة على أكتافِهم هي التي تسْحَبُ قطعةَ التَوَتّرَ صعوداً.
يَنتهي الاسترخاء بالعملِ على عضلاتِ الوجهِ، مع إنفاق وقتِ على الجبهةِ والفكّ بشكل خاص.

التخيل الموجّه (Guided Imagery)

أُرِيدُك أَنْ تُفكِّرَ رجوعاً للوراءِ لبعضِ الأوقات في حياتِكَ عندما أنت لَمْ تكون واعياً جداً أو مركزاً على نفسك. هذا قَدْ يَكُونُ الوقت عندما أنت كُنْتَ صَغيراً جداً. تخيّلْ كيفَ كنت عندما كنت سليما(بدون مرض) وما الذي كنت تفعله. أين أنت أي المكان؟ ماذا كنت تَعْملُ؟ مَنْ من الأشخاص الآخرين كانَ موجوداً هناك؟ ماذا وكيفَ تَحسُّ؟ ما الأصوات التي تدور هناك حولك؟ ما الأفكار التي تمُر وتدور عبر رأسِكَ؟ خذ بِضْع دقائقِ وتَمتّعْ بهذا الوقتِ مِنْ الحريةِ. الآن تقدّمْ للأمام في الوقت للمشهد الذي شَعرتَ فيه بشكل مؤلم أنك مدرك وواعي لنفسك. هَلْ هذه كانت هي المرة الأولى التي تَحسُّ بهذا؟ وما الذي كنت تفعله. أين أنت أي المكان؟ ماذا كنت تَعْملُ؟ مَنْ من الأشخاص الآخرين كانَ موجوداً هناك؟ ماذا كانوا يقولون؟ ما الذي تخيلته أنهم كانوا يقولونه عنك أو يُفكّرونَ بشأنك؟ ما الأفكار التي تدور وتمر عبر رأسِكَ؟ كيف تَشْعرُ؟ الآن اقفز للأمام في المستقبلِ إلى الوقت — لَرُبَّمَا شهر واحد من الآن وصاعداً أو بعد بضعة سَنَوات مِنْ الآن عندما أنت كنت في موقف الذي يجْعلُك عادة تحزنُ وتتألم بشأنِ مرضك . لكن في هذه المرة أريدك أن تتخيّلْ بأنّك لا تَشْعرُ بالانزعاج. تخيّلْ بأنّه، بالرغم من أن لا شيءِ فيك قد تَغيّرَ وأنت تبدو في نفسِ الحال الذي أنت عليه الآن، وأنت تشعر بأنك مسترخ ومرتاحَ. والأفكار التي تَمرُّ عبر رأسك إيجابية أو محايدة — أنت لا تُوبّخُ نفسك أو تَعْملُ المقارناتَ مع الآخرين. غياب العاطفةِ السلبيةِ الساحقةِ يَسْمحُ لك للإنشغالِ مع أولئك الناسِ من حولك. أنت تَشْعرُ بإحساس بالحريةِ مشابه للذي كنت تشعر به منذ عهد بعيد... من زمان وأنت طفل صغير.. الوقت الذي كنت تشعر بشكلِ إيجابي حول نفسك. ما الذي يعجبك في هذا وما الذي يمثله بالنسبة لَك؟ خذ دقيقة للتنفسِ واستنشاقِ الروائح واسْمعُ الأصواتَ التي تُحيطُ بك. اشعر بالإبتسامةُ المريحةُ وهي تَعْبرُ وجهُكِ وأنت تَتمتّعُ بهذا الوقتِ. الآن إبْدأْ بمُلاحَظَة الغرفةِ التي أنت تجلس دَاخِلها والأصواتَ التي في هذه الغرفةِ. عندما تكون مستعدّاً، افْتحُ عيونك.

الجلسة الخامسة (5) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (2)	الإثنين 2015/5/11	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبراز سبب وجود النساء في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.
السجل اليومي للأفكارِ **المختلة وظيفياً** (2)
زيادة الأفكار التي تحسن المزاج .
إنقاص الأفكار التي تجعلنا نشعر بشكل سيئ.
ميزان حرارة المزاج.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.
المشروع الشخصي (الواجب البيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
مشروبات ساخنة وباردة وماء.
قائمة الأفكار الايجابية و السلبية ما هي بعض الأفكار التي لديك في الأسبوع الماضي؟
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي 5).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى "أفضل / أسوأ اللحظات/ الأوقات في الأسبوع الماضي".

مناقشة الطرق التي من خلالها نزيد الأفكار التي تحسن المزاج، وهي:

توقف عن كل الأشياء التي تعملها (STOP EVERYTHING YOUR ARE DOING)

عندما تشعر بالتوتر يمكنك أخذ قسط من الراحة ونعطي لأنفسنا وعقولنا مهلة. وتأخذ نفسا عميقاً. إيلاء الاهتمام لقدرة الجسم الطبيعية على الاسترخاء والشعور في أمان وسلام. الشعور في سلام يعطيك الطاقة. وتقود المشاركات في ممارسة الاسترخاء بعد مناقشة هذه النقطة. اختيار ممارسة تشعرك بالراحة. يمكنك استخدام الأصوات أو الموسيقى للمساعدة على الاسترخاء.

زيادة عدد الأفكار الإيجابية في عقلك (INCREASE THE NUMBER OF POSITIVE THOUGHTS IN YOUR MIND)

تقديم قائمة من الأفكار الجيدة التي لديك عن نفسك وعن الحياة بشكل عام. توفير للمشاركات أوراق بيضاء للقيام بهذه العملية، ومناقشته فيما بعد.

تهنئة نفسك عقليا (CONGRATULATE YOURSELF MENTALLY)

الأشخاص الآخرين لا يلاحظون معظم الأشياء التي نقوم بها. ولذلك، من المهم بالنسبة لنا أن نعترف بها ونعطي لأنفسنا الفضل في القيام بها.

تخيل نفسك في المستقبل (PROJECTION INTO THE FUTURE)

في الوقت الذي الأمور ستكون أفضل. تسأل المرشدة كل واحدة من المشاركات أن تتصور أن لها مستقبل في خلالِ 1 و 5 و 10 سنوات. مع تشجيعها على تصوره كما هو ممكن [أي، الأماكن، والأشخاص، والأنشطة، إلخ].

مناقشة الطرق التي تساعد على إنقاص الأفكار التي تجعلنا نشعر بشكل سيئ، وهي:

مقاطعة أفكارك (INTERRUPT YOUR THOUGHTS)

عندما يكون التفكير يؤدي لتخريب المزاج الخاص بك، يمكننا التعرف عليه، ومحاولة لوقف ذلك. أولاً، عن طريق تحديد نوعية التفكير. وبعد ذلك، تقول لنفسك: "هذا التفكير وتخريب المزاج سيئ، لذلك أنا سأقوم بتغييره أو استبداله بأخرى إيجابية".

الوقت للقلق (TIME TO WORRY)

خصص لك بعض "الوقت للقلق" كل يوم حتى تتمكن من التركيز كلياً على الأفكار اللازمة وترك بقية اليوم خالية من القلق. "الوقت للقلق" يمكن أن يكون 10 إلى 30 دقيقة كل يوم.

اضحك على مشاكلك بالمبالغة فيها (LAUGH AT YOUR PROBLEMS BY EXAGGERATING THEM)

إذا كان لديك شعور جيد من الفكاهة، في محاولة لتضحك على همومك. إذا كنت تشعر بأنك لم يكن لديك شعور جيد من الفكاهة، يمكنك محاولة أن تفعل ذلك بأي شكل من الأشكال. في بعض الأحيان هذا يمكن أن يسلب الألم لبعض المصاعب.

المشروع الشخصي

1. ميزان حرارة المزاج.
2. قائمة الأفكار الإيجابية والأفكار السلبية.
3. ممارسة بعض الاستراتيجيات التي ناقشناها لزيادة الأفكار الإيجابية وتقليل الآثار السلبية (الواجب البيتي رقم (5).

الجلسة السادسة (6) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مهارات الاتصال ووضع الأهدافِ (1) لزيادة الدعم الأسري كيف تؤثر نشاطاتك على مزاجك (1)	الخميس 2015/5/14	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)
استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
مهارات الاتصال ووضع الأهدافِ (1).
مراجعة الواجب البيتي ومناقشته ما بين أعضاء المجموعة.
التعرف على الأنشطة الممتعة بالنسبة للمشاركين.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.
الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)
التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
قائمة الأنشطة الممتعة.
المشروع الشخصي (الواجب البيتي).
الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)
طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
مشروبات ساخنة وباردة وماء.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي 6).
الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)
ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم لهم نشاط لكسرِ الجمود ويدعى " عشرين ثانية لإكمالِ قصة تبدأ بها واحدة منكن".
الآن، في هذا العلاج ونحن نعمل مع الأفكار والأنشطة والعلاقات لتحسين مزاجنا أو كيف نشعر. في هذه الجلسة ابتداء من اليوم سوف نعمل مع الأنشطة وكيفية تأثيرها على كيف نشعر. والأنشطة التي نقوم بها هل تؤثر على مزاجنا : من خلال نشاطاتنا يمكننا أن نقول كيف نشعر.
هل يتوقف الناس عن فعل الأشياء لأنهم يشعرون بالاكتئاب؟ أو هل عندما تشعر بالاكتئاب تتوقف عن فعل الأشياء؟ الجواب الأكثر احتمالا هو على حد سواء أي عندما تتوقف عن فعل الأشياء تشعر بالاكتئاب وأيضاً عندما تشعر بالاكتئاب تصبح أقل نشاطاً. وهذا ما يسمى **"بالحلقة مفرغة" (VICIOUS CYCLE)".**



لكسر الحلقة المفرغة يمكنك زيادة الأنشطة التي تجعلك تشعر بأنك أفضل.
هذه الأنشطة يمكن أن تسمى "لطيفة"، "مشجعة"، "ملهمة"، وغيرها ونحن نطلق عليهم **"لطيفة وممتعة"**. بواسطة الأنشطة الممتعة فإننا نشير في معظمها إلى الأنشطة اليومية (أي الاستماع إلى الموسيقى، ومشاهدة التلفزيون، قراءة كتاب، والتحدث على الهاتف، والتصفح للإنترنت).
أحيانا يكون من الصعب التفكير حول ما نعتبره لطيفاً وممتعاً لنا، وخصوصا إذا كنا لم نفعل ذلك منذ وقت طويل. عندما تكون مكتئبين، بل لعله من الصعب أن تتذكر الأشياء اللطيفة. لمساعدتك نستخدم **قائمة الأنشطة الممتعة**. ما هي الأنشطة التي لا تستمع بها عندما تشعر بالاكتئاب؟، هل هناك أشياء يمكنك التوقف عن القيام بها؟
وعلى مدار الأسبوع المقبل، سوف نحتفظ **بسجل يومي** لعدد من الأنشطة الممتعة لديك. استخدام قائمة الأنشطة الممتعة عن طريق وضع علامة بجانب كل نشاط لطيف تفعله كل يوم.
إضفاء الطابع الشخصي على قائمتك. إذا كان أي من الأنشطة لا تنطبق عليك، اتركه فارغاً أو وضع خط من خلال ذلك. وربما كنت قد فعلت هذا من قبل أبدا في حياتك. الكثير من الناس يجدون هذه العملية مثيرة للاهتمام ومفيدة. هذا الأسبوع لم يكن لديك للقيام بأي شيء آخر غير ما تفعل عادة. مجرد التعرف على الأنشطة الممتعة التي تفعلها كل يوم من أيام هذا الأسبوع. وعند القيام بذلك، عليك أن تعلم شيئا عن الكيفية التي تؤثر بها الأنشطة اليومية شعورك.

الواجب البيتي رقم (6). قائمة الأنشطة الممتعة
ضع علامة (X) مقابل الأنشطة الممتعة التي فعلتها كل يوم

	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
ارتداء الملابس التي أحب.							
الذهاب خارج المنزل							
جماعات المساعدة وخدمة المجتمع.							
الحديث عن الرياضة.							
مشاهدة أو المشاركة في الألعاب الرياضية.							
خطة لرحلات في مكان هادئ							
شراء الأشياء.							
إصلاح غرفتي وبيتي.							
قراءة الكتب والمجلات والصحف أو.							
التحدث مع أصدقائي							
قيادة السيارة.							
ممارسة التمارين الرياضية كما طلبَ الطبيب مني							
مشاهدة التلفزيون							
إنهاء مهمة صعبة.							
الانتهاء من حلِ مشكلة							
الكلمات المتقاطعة كاملة.							
كتابة القصص والشعر والموسيقى.							
أقوم بعملي.							
أخذ غفوة.							
حل مشكلة شخصية.							
وضعت الماكياج، وإصلاح شعري.							
التعرف على أشخاص جدد							
العمل في الهواء الطلق.							
اذهب إلى حديقة الحيوان، أو الحديقة.							
تخطيط أو تنظيم شيء ما							
مشاهدة الطبيعة.							
الاستماع إلى الراديو والموسيقى							
إعطاء الهدايا.							
التقاط الصور.							
جمع الأشياء الطبيعية (الصخور، والصدف، وغيرها).							
مساعدة شخص ما.							
الاستماع إلى النكات.							
النظر إلى المناظر الطبيعية الجميلة.							
أكل الطعام الصحي الجيد.							
السير في قلب المدينة.							
الذهاب إلى متحف، معرض، أو المعرض.							
الصلاة.							
التأمل							
الأفلام .							
إجراء محادثات مفتوحة وصريحة.							
المشي حافية القدمين.							
أخرى اكتبيها أدناه							
مجموع الأنشطة الممتعة							

الجلسة السابعة (7) (Session)

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مهارات وضع الأهدافِ وحل المشكلة (2) لزيادة الدعم الاجتماعي	السبت2015/5/16	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبراز سبب وجود النساء في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.

مهارات وضع الأهداف وحل المشكلة (2) لزيادة الدعم الاجتماعي.
التعرف على الأنشطة الممتعة بالنسبة للمشاركين .
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.
المشروع الشخصي (واجب بيتي).

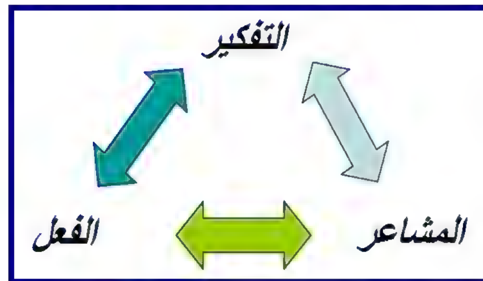
الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ماء ومشروبات باردة.
قائمة الأنشطة الممتعة.
برنامج الأنشطة الأسبوعي.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي7).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم نشاط كسر الجمود بأن تطلب منهن سرد أطرف شيء تعرضن له خلال الأسبوع الماضي.
نقدم المزيد من المعلومات عن الأنشطة الممتعة:

1. كيف يمكن أن تساعدك الأنشطة الممتعة تشعر أنك أفضل؟ ويمكننا أن نشير إلى الرسم البياني الذي يمثل التفاعل بين أفكارنا والإجراءات والمشاعر.



لا يكفي أن تقول لنفسك، "انك تشعر على نحو أفضل!" غالبا ما يكون من الأسهل تغيير الأشياء التي تقوم بها. إذا قمت بتغيير الأشياء التي تقوم بها، يمكنك أيضا تغيير الطريقة التي تشعر بها.
تذكر أن: الأنشطة الممتعة ليس بالضرورة أن تكون الأنشطة الخاصة بك، على الرغم من أنها يمكن أن تكون خاصة. أنشطة ممتعة هي أنشطة في كثير من الأحيان العادية التي نتمتع بها. وبعض الأمثلة، مراقبة غروب الشمس، قراءة كتاب، والتحدث إلى أحد الأصدقاء، ولعب الرياضة، والذهاب إلى الحديقة، ورائحة زهرة أو رسم أو الرسم، والاستماع إلى الموسيقى. ويمكن الأنشطة الممتعة تكون مختلفة لأشخاص مختلفين. على سبيل المثال، يجد بعض الناس قراءة كتاب في حين هو وحده النشاط لطيف جدا. أشخاص آخرين يمكن أن تجد المشي في مناطق مزدحمة مثلا مركز التسوق من الأنشطة الممتعة. فمن المهم أن يكون هناك عدد كاف من أنشطة ممتعة من أجل أن تشعر بأنك بحالة جيدة.
ما هي بعض الأشياء التي يجب أن نفعلها؟ ما هي الأشياء التي تفعلها لأنك تستمتع بها؟ هل لديك توازن جيد؟
من الصعب عليك أن تقوم بالأشياء التي يجب أن تفعلها والأشياء التي تفعلها لتستمتع بها ، الحل الوحيد للتعامل مع هذه المشكلة هو وضع خطة لذلك.
تقوم باستكشاف الأنشطة الممتعة مع المشاركات والاتفاق على وضع خطة لهذه الأنشطة، بعد ذلك تتم مناقشة مزايا استخدام جدول الأنشطة الأسبوعية. والتدرب على استخدام ورقة العمل بعنوان جدول الأنشطة الأسبوعي عن طريق كتابة الأنشطة بشكل يومي. تشجيع المشاركات لاستخدامها خلال الأسبوع.
التخطيط والبرمجة للأنشطة الخاصة بك هو وسيلة لكسب المزيد من السيطرة على حياتك.
ممارسة الأنشطة الممتعة دون إنفاق الكثير من المال.
التمرين: تقديم قائمة من الأنشطة الممتعة للمشاركات يمكن أن تفعلها لا تكلف الكثير.
توقع المشاكل.
التمرين: من قائمة الأنشطة السارة قم باختيار نشاط واحد إن كنت ترغب بالقيام به. الآن، دعونا نفكر في الأشياء التي قد تمنعك من القيام بذلك النشاط بحيث يمكنك التحضير مسبقاً والاستعداد للمشاكل المحتملة والتخطيط لحلول بحيث لا تتداخل مع النشاط الخاص بك. في هذا التمرين يجب عليك أن تنظر إلى الأسئلة التالية:
كيف يمكنك تنظيم وتخطيط وقتك؟
كيف يمكنك استخدام أفكارك لمساعدتك على خطة وتستمتع بهذا النشاط؟
ماذا يمكن أن تكون العقبة المحتملة لفعل هذا النشاط؟
كيف يمكن أن ندبر أمر هذه العقبة؟

المشروع الشخصي

ميزان حرارة المزاج.
في نهاية كل يوم، ولكل نشاط من الأنشطة الموجودة على قائمة الأنشطة الممتعة التي مارستها ذلك اليوم. عد العدد الإجمالي للعلامات لديك في نهاية كل يوم. مع تقديم قائمة لجلستنا القادمة.
إكمال جدول النشاط الأسبوعي.
هذا الأسبوع أنت ستقوم بإجراء التجربة مع نفسك.
أنت ستقوم بإكمال العقد الشخصي. واختيار النشاط اللطيف الذي يمكنك القيام به هذا الأسبوع وتحديد مكافأة لنفسك إذا نجحت في أن تفعل ذلك.

برنامج النشاطات الأسبوعي

Weekly Activities Schedule

	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
9-8							
10-9							

11-10							
12-11							
1-12							
2-1							
3-2							
4-3							
5-4							
6-5							
7-6							
8-7							
9-8							
10-9							
11-10							

العقد الشخصي
Personal Contract

أنا،________________________________ ، سأقوم بإنشاء العقد التالي مع نفسي:
الهدف: خلال هذا الأسبوع، سوف أفعل النشاطات الممتعة التالية:
____

المكافأة:
1. إذا كنت قد حققت الهدف، فأنا سوف أخصص مكافأة لنفسي
هي:____
____
2. وسوف أعطي نفسي هذه المكافأة بعدَ مدة لا تزيد عن يومين بعد أن حققت هدفي.
التوقيع:______________________ **التسجيل:** __________________________
تاريخ اليوم الذي حققت فيه هدفي:____
تاريخ اليوم الذي أعطيت نفسي فيه مكافأة:____

تختم الجلسة بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

الجلسة الثامنة (8) (Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
التعليمات الذاتية والحوار الذاتي	الاثنين 2015/5/18	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)
استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبراز سبب وجود النساء في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
التعرف على الأهداف الخاصة بك.
التعليمات الذاتية والحوار الذاتي.
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.
الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)
التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.
المشروع الشخصي (واجب بيتي).
الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)
طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
مشروبات ساخنة وباردة وماء.
قائمة الأنشطة الممتعة.
برنامج الأنشطة الأسبوعي.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي 8).
الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)
ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. وتقدم المرشدة نشاط لكسرِ الجمود ويدعى"أجمل شيء لديّ وأجمل شيء لدى .....شخص آخر يدعمني (لزيادة الدعم الاجتماعي). أو أعطِ اسم شخص ليسَ من عائلتك تركَ أثراً كبيراً عليك خلال مدة الأسبوع الماضي؟
تطوير خطتك الخاصة للتغلب على الاكتئاب والطريقة الواحدة هي عن طريق إنشاء الأهداف.
1. ما هي أهدافك؟ كيف يمكن الوصول إلى أهداف تساعدك لتشعر بأنك أفضل؟
تطرح المرشدة هذه الأسئلة لتعزيز المناقشة.
وهناك أنواع عدة من الأهداف:

- **أهداف قصيرة الأجل.**

الأشياء التي ترغب في القيام بها قريباً (في 6 أشهر القادمة)

- **أهداف طويلة الأجل**

الأشياء التي ترغب في القيام بها في مرحلة ما من حياتك.

- **الأهداف مدى الحياة**

فلسفة حياتك. ما الذي تفضلينه معظم الحياة؟

تحديد الأهداف، ما هي أهدافك؟
تطلب من المشاركة أن تكتب أهداف على المدى القصير وطويل الأجل ومدى الحياة على ورقة عمل الأهداف الشخصية. واستخدام واحدة من الأهداف التي كتبت/ لمناقشة كيفية وضع أهداف باستخدام أدلة التالية.
وضع أهداف واضحة وملموسة
تعيين أهداف محددة واضحة

أهداف غير واضحة (العالمية ـ العامة)	أهداف واضحة (محددة ــ واقعية)
تكون أقل مللا	الذهاب إلى مراكز التسوق مرة واحدة في الأسبوع
تكون صديقة جيدة	قضاء ثلاث ساعات في الأسبوع القيام بأشياء ممتعة مع أصدقائك
كن موسيقي جيد	قضاء ساعة في الأسبوع العاشر ممارسة أداة موسيقية
الحصول على أفضل الدرجات	دراسة لمدة ساعتين بعد ظهر كل يوم
فقدان الوزن	المشي 30 دقيقة يوميا وإتباع نظام غذائي صحي (أجزاء، الأطعمة الصحية، و 10٪ أقل من السعرات الحرارية، أو الأنسب)

أي واحد من أهدافك يمكن أن تكون أكثر وضوحا وأكثر واقعية؟
تجزئة أهدافك الكبيرة إلى أجزاء أصغر؟
تأكدي من أن كل جزء يمكن أن يتحقق من دون الكثير من الجهد. أي واحد من أهدافك يمكن أن يقسم إلى أجزاء أصغر؟
تحديد أهداف واقعية
غالباً ما يكون من الصعب التحديد مسبقاً ما هو واقعي وما هو ليس كذلك. ما هو غير واقعي اليوم يمكن أن يكون واقعياً في المستقبل. ومع ذلك، إذا كنت تجدين أنك لا تستطيعين أن تلبي معظم أهدافك الآن، ثم أنها ربما غير واقعية بالنسبة لك في هذا الوقت.
هل تعتقدين بأن أهدافك واقعية؟ تقييم مع المشاركات سواء إنها يمكن أن تصل لها هدف مع الأخذ بعين الاعتبار: القدرات والموارد، والدوافع، الخ
ما هي بعض العقبات التي تمنعك من تحقيق أهدافك؟
وبعد مناقشة هذه العملية، تسأل المشاركة لتحديد العقبات الممكنة لتحقيق الأهداف.
للمساعدة في التغلب على الاكتئاب؟
وضع أهداف واقعية.
التعرف على الأشياء الإيجابية لديك للوصول إليها.
تهنئة ومكافأة نفسك عقلياً وفي الحياة الحقيقية.
المشروع الشخصي
. ميزان حرارة المزاج.
. جدول النشاطات الأسبوعي
. إدارة الوقت: تقديم قائمة من الأهداف التي ترغب في إكمالها هذا الأسبوع. وضعها في ترتيب الأولويات. هل أنت متأكدة حقاً أنك تريد أن تعملين مشاركة في القائمة الخاصة بك؟ مع تحديد خطة لتحقيق أعلى منها في القائمة الخاصة بك.
الأهداف الشخصية (PERSONAL GOALS)
أهداف قصيرة (الأشياء التي ترغب في القيام بها في 6 أشهر القادمة)________________________

أهداف طويلة الأجل (الأشياء التي ترغب في القيام بها في حياتك)________________________

الأهداف مدى الحياة (ماذا يهمك أكثر عن في الحياة؟)________________________

نختم الجلسة بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

الجلسة التاسعة (9) (Session)

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
الثلاثي المعرفي: إعادة البناء المعرفي(1)	الخميس 2015/5/21	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)
استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبراز سبب وجود النساء في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
التعرف على جدول الأنشطة الأسبوعي. الاتصالات مع الآخرين.
الثالوث المعرفي: إعادة البناء المعرفي(1).
تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.
التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.
الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)
التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.
إعادة البناء المعرفي.
تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.
المشروع الشخصي (واجب بيتي).
الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)
طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ماء ومشروبات باردة.
قائمة الأنشطة الممتعة.
جدول الأنشطة الأسبوعي. الاتصالات مع الآخرين.
نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي9).
الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)
ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
في هذه الجلسة سوف نعمل مع علاقاتك، وكيف أنها تؤثر على شعورك .
العمل على كيفية الاتصال الخاصة بك مع الآخرين يؤثر على مزاجك.
يرتبط الاكتئاب الشديد مع:

وجود اتصال أقل مع الآخرين
الشعور بعدم الارتياح، خجولة أو جنون في الآخرين.
كونها أقل حزماً (لا تقول ما تريد / لم يعجبني أو لا يعرفون كيفية التعبير عن المشاعر وتفضيلاتك).
هل الاكتئاب هو السبب أن تكون الناس أقل اجتماعية؟ أم أن الناس الأقل اجتماعية يسبب لهم الاكتئاب.
الجواب هو على الأرجح أن الاكتئاب وعدم الاتصال مع الآخرين تؤثر على بعضها البعض.

أهمية الدعم الاجتماعي

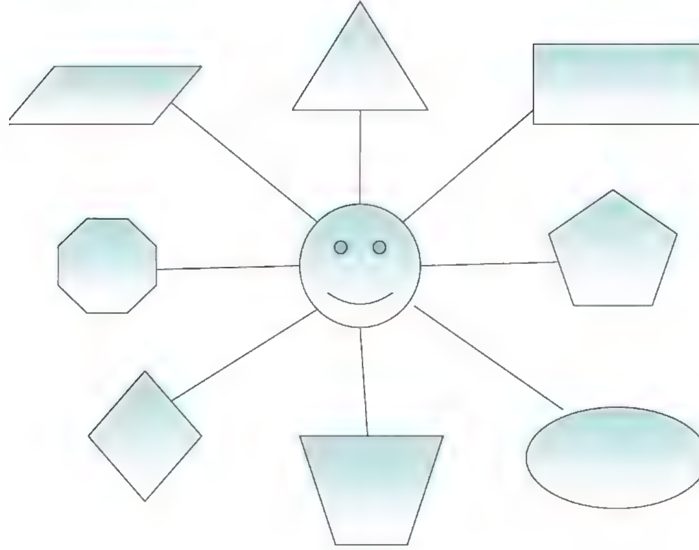
إن الدعم الذي نتلقاه من كوننا على اتصال مع الآخرين مهم لصحتنا. الاتصالات لدينا مع العائلة والأصدقاء تخلق نوعاً من شبكة اجتماعية وقائية أو "شبكة الدعم الاجتماعي".
النظام أو "شبكة الدعم الاجتماعي" يشير إلى الناس الذين هم على مقربة منا والذين كنت تبادل المعلومات الهامة أو لحظات مهمة من حياتك. هؤلاء الناس يمكن أن يكون الأسرة والأصدقاء والجيران وزملاء الدراسة ومعارفه. بشكل عام، وأقوى من الدعم الاجتماعي التي نتلقاها، وأكثر ونحن قادرون على مواجهة المواقف الصعبة.

ماذا تمثل شبكة الدعم الاجتماعي؟ من هم أصدقائك؟

من تشاهد منهم غالباً؟ ماذا تفعل؟ من الذي تثق به؟
التمرين: إعادة بناء شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بك باستخدام الرسم البياني في ورقة العمل شبكة الدعم الاجتماعي. المشاركة يجب أن تضع اسمها في منتصف الدائرة وفي كل شكل كتابة اسم شخص ما في شبكتها. في مناقشة هذه العملية، وتقييم نوعية وكمية الشبكة وعما إذا كان ينبغي توسيعها أو تعزيزها.

مبدأين المهم أن تحفظهم في الذاكرة للمستقبل؟

إذا كانت شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بك هي صغيرة جداً، اجعلها أكبر. تكون الشبكة صغيرة جداً إذا لم يكن هناك أحد تثق به لتتحدث معه عن المسائل الشخصية الخاصة بك، إذا لم يكن لديك أي شخص تحتاج له لمساعدتك، أو إذا لم يكن لديك أي أصدقاء أو معارف لفعل الأشياء معهم.
إذا كانت الشبكة كافية وذات حجم جيد، نقدر ذلك ومحاولة لإبقائها قوية. وبعبارة أخرى، لا تدع الخلافات تسبب الفصل بينك وبين الناس في شبكتك. يساعد الاتصال المتكرر الحفاظ على الصداقات.



My social support network
شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بي

الحفاظ على جهاز دعم اجتماعي صحي

كيف يمكننا الحفاظ على شبكة دعم اجتماعية سليمة؟ طرح هذا السؤال المفتوح لتعزيز المناقشة. بعض الأمثلة ممكن أن تكون : قضاء الوقت مع الناس، والتي تبين للناس كيف تشعر تجاههم، ساعد أصدقائك وعائلتك، والعمل مع الأفكار السلبية التي يمكن أن تكون ضارة للعلاقة الاتصال مع الآخرين مهم جداً، سواء كان ذلك عن طريق الهاتف أو شخصياً (نقاش، والاستماع، والخروج، والقيام بأنشطة معاً).
بعض الأفكار التي يمكن أن تمنع هذا، مثلاً:
"لم يكلموني. يبدو أنهم لا يهتمون لي".
"إنهم لا يحبوني."
"لا أحد في عائلتي يفهمني".
"أميلا تستمع لي أبداً."
"أنا لا يمكن أبداً أن أغفر له/ لها."

مقابلة الناس

طرح الأسئلة المفتوحة التالية، وتعزيز النقاش.
كيف يمكنك تكوين صداقات؟ ماذا يفعل أصدقائك للتقرب اليك؟
أسهل طريقة لمقابلة الآخرين هو عن طريق القيام بنشاطاتك التي تريد في الشبكة مع الآخرين. عندما كنت تتمتع بشيء ما، يجب عليك أن تكون في مزاج جيد، وبهذه الطريقة فإنه سوف يكون من الأسهل أن تكون صديقا مؤنساً واجتماعياً.
التمرين: كيف وأين يمكن أن تلتقي الناس؟ تعزيز مناقشة أو أماكن القائمة والطرق التي يمكنك التعرف على أشخاص جدد وتكوين صداقات.

المشروع الشخصي

1. ميزان حرارة المزاج.
2. استخدم جدول الأنشطة الأسبوعية لكتابة أنواع الاتصالات كان لديك مع الناس كل يوم. كتابة علامة الجمع (+) إذا كانت إيجابية وعلامة ناقص (-) لو كانت سلبية.

جدول النشاطات الأسبوعي

	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
9-8							
10-9							
11-10							
12-11							
2-1							
3-2							
4-3							
5-4							
6-5							

7-6							
8-7							
9-8							
10-9							
11-10							
000-11							

نختم الجلسة بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

الجلسة العاشرة (10) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
إعادة البناء المعرفي(1)	السبت 2015/5/23	10–11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة. وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية. ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.

الحفاظ على شبكة الدعم الاجتماعي وتعزيزها.

إعادة البناء المعرفي(1).

تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.

التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)

الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.

إعادة البناء المعرفي.

تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.

المشروع الشخصي (واجب بيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.

ماء ومشروبات باردة .

قائمة الأنشطة الممتعة.

جدول الأنشطة الأسبوعي، الاتصالات مع الآخرين.

نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي10).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة. في هذه الجلسة نحن سنقوم باستكشاف كيف تؤثر أفكارك، الأفعال والمشاعر على علاقاتك، وكيف تؤثر علاقاتك على هذه المجالات الثلاثة. وقبل الحديث عن كيفية تأثرِ هذه المناطق الثلاث على علاقاتك، فمن المهم التقييم أولاً كيف كنت عندما كنت وحيداً.

عندما كنت وحيداً؟

عندما كنت وحيدا، كيفَ يبدو الأمر ــــــــــــــــ فيما يتعلق بكلٍ من؟ أفكارك، السلوك، المشاعر؟

عندما كنت مع الآخرين؟

ما هي الأفكار التي لديك عندما كنت مع أشخاص آخرين؟

الأفكار التي تمنعك من تكوين صداقات. اسأل عن أمثلة.

بعض الأمثلة على ذلك: "هل يحبونني؟ أنا لا أحبه/ أحبها، ماذا لو رفضني أو تجاهلني؟ أنا لا أعرف ماذا أقول". الأفكار التي تساعدك على الشعور بالراحة مع أشخاص آخرين. تطلب المرشدة من المشاركات تقديم أمثلة. الطريقة الوحيدة ليشعر الفرد على نحو أفضل هي بتحويل تركيز الاهتمام من أنت إلى الشخص الآخر، والتفكير في كيف يشعر. نفكر في كيفية شعورك عندما كنت ذاهباً للقاء أشخاص جدد (الطبيب؟). أشخاص آخرين ربما يشعرون بنفس الطريقة.

توقعاتك؟ ماذا تنتظرون من أناس آخرين؟ ماذا يمكن للآخرين أن يتوقعوا منك؟ هل يمكن أن توضح هذا المفهوم باستخدام العلاقة بين الوالدين والطفل و/ أو الصداقات. تطلب من المشاركات تبادل الخبرات التي من شأنها أن تساعد في المناقشة.

إذا كانت توقعاتكم مرتفعة جداً، يمكن أن تصابوا بخيبة أمل وربما سوف تصابون بالإحباط.

إذا كانت توقعاتك منخفضة للغاية، لا نتوقع أي شيء من العلاقة وقد تفقد فرصة لتطوير علاقات جيدة. أيضاً، إذا كنت تتوقع القليل من الناس، أنت لا تعطيهم الفرصة ليظهروا لك ما الذي يمكن أن يقدموه.

أفعالك/ السلوك؟ كيف يمكنك التعامل مع الآخرين؟ ما هو الانطباع الذي كنت تعتقد أنك تعطيه للآخرين؟ تقديم المعلومات التالية ومناقشة الخبرة المتعلقة بالمشاركات.

وجهك: هل تبتسم في كثير من الأحيان؟ هل تفعل الاتصال بالعين؟

جسمك: هل تبدو متعبا أو منهك؟

مظهرك: مناسب في الوقت والمكان؟

خطابك: هل تكون لغتك أو لهجتكَ بطيئة جدا أو لينة جداً أن نسمع لك؟ هل تتكلم مع الغضب أو تهيج؟ هل ترفع صوتك؟

محادثتك: هل تبدي اهتماماً في ما يقوله بعض الناس، أو هل تتجاهلهم أو تنتقدهم؟

موقفك: هل تشكو الكثير؟هل أنت في مزاج سيئ؟ هل الإساءة إلى الآخرين مع موقفك؟

مشاعرك؟ كيف تؤثر مشاعرك على علاقاتك؟ العواطف المختلفة يمكن أن تؤثر على الطريقة التي تتصل بها مع الآخرين. هناك أوقات عندما نواجه عواطف سلبية (وبمعنى آخر، الغضب، الحزن) التي ليس لها علاقة بالأشخاص الذين نتعلّق بهم. ومع ذلك، تركنا هذه المشاعر تؤثر على العلاقة. هذه الوسيلة مهمة لتكون قادراً على تحديد وإدارة مشاعرك بطريقة صحية.

ما هي المشاعر التي تكون لديك عندما تكون مع الآخرين؟ يمكن تحديد مشاعرنا عندما نكون مع أشخاص آخرين يمكنهم مساعدتنا لتقييم جودة علاقاتنا. لهذا، من المهم أن نقوم بـــــ:

- التعرف على الكيفية التي تشعر بها ولماذا كنت تشعر بهذه الطريقة؟

- التواصل بطريقة حازمة أو مناسبة حول ما تشعر به؟
- الفرق بين أن تكون سلبياً، توكيديًا أو عدوانياً؟

تأكيد الذات: القدرة على تبادل المشاعر الإيجابية والسلبية بشكل واضح ومريح (حتى لو كنت تعتقد أن الشخص الآخر لا يحبون ما تقوله). يمكن تغيير وجهة نظرك لتساعدك على أن تكون أكثر حزما بدلا من أن تكون سلبي.

نختم الجلسة بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

الجلسة الحادية عشرة (11) (Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مهارات المواجهة	الاثنين 2015/5/25	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبراز سبب وجود النساء في المجموعة.

عرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.

مهارات المواجهة.

التدرب على توكيد الذات.

تشجيع الأعضاء على التحدث مع بعضهم البعض، وليس فقط للمرشدة.

التأكيد على قواعد الجلسات الإرشادية وعوامل نجاح البرنامج مثل: السرية والمواظبة.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)

الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.

إعادة البناء المعرفي.

تعديل الأفكار والمشاعر السلبية.

المشروع الشخصي (واجب بيتي).

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.

ماء ومشروبات باردة .

قائمة الأنشطة الممتعة.

جدول الأنشطة الأسبوعي. الاتصالات مع الآخرين.

نموذج الواجب البيتي (المشروع الشخصي11).

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.

تحسين علاقاتك مع الآخرين تساعدك للشعور بأنك أفضل.

افحصي أفكار ومشاعر وأفعال المشاركات فيما يتعلق بالشخص الذي لديه الصعوبات الشخصية. استكشاف الوضع الإشكالي الذي حدث مؤخراً مع هذا الشخص. استخدام هذه العلاقة كمادة للعمل مع المواد هذه الجلسة.

عندما كنت مع ______________________________

ما رأيك؟

كيف تتصرف؟

ما هو شعورك؟

تعلم لتكون توكيدياً للذات ومارسها في عقلك؟

التمرين: اطلب من المشاركات التفكير في الوضع مع الشخص الذي لديه صعوبة في أن يكون توكيدياً. تقديم الإرشادات التالية:

صورة الوضع كما لو كانت صورة.

تخيل العمل ابتداء كما لو كان فيلم.

تخيل أن تقول شيئا لشخص بطريقة توكيدية .

تخيل الاستجابة التي تحصل عليها من هذا الشخص.

هذا التمرين هو وسيلة مفيدة لتدريب نفسك لتكون توكيدياً قبل وضعه في الواقع إلى واقع عملي.

مهارات الاتصال.

الاستماع الفعال

عندما تتحدث إلى شخص ما، والاستماع إلى حول ما يقولونه بدلا من التفكير بما ستقول أو الرد عليها. إذا كنت تفكر في ما كنت تريد الذهاب للإجابة، قد يغيب جزء من ما كان الشخص يقول لك. الناس غالبا ما يجادل حول ما قال أحدهم دون معرفة ما إذا كان هذا الشخص ما أرادت حقا أن أقول أو أعبر عنه.

لتحسين **مهارات الاستماع النشطة** والاتصالات الخاص بك: كرر ما قاله الشخص الآخر في الكلمات الخاصة بك بحيث يمكن أن تكون متأكدا من أنك تفهم له / لها بشكل صحيح. على سبيل المثال، "أنا أفهم أن كنت قلت _____________".

اطلب من الشخص مباشرة ما هو / هي من المفترض أن أقول. على سبيل المثال، ماذا تقصد ____________؟ "

عندما نصبح غاضباً من شخص ما، بدلاً من مهاجمته، إنها أكثر فعالية لإبداء رأيك و / أو ما تشعر فيما يتعلق بماذا يفعل، أو أعماله.

بدلاً من أن تقول "أنت (هي/ دائماً/ لا) ..." من الأفضل أن أقول" أنا أشعر __________ / أفكر __________" عندما نهاجم الناس يصبحون عموماً دفاعيين وغير ميالين للاستماع إلى ما كنا نريد حقا أن نقوله لهم.

الاتصال مع الآخرين هو المهم بالنسبة لمزاجك لأنهم يستطيعون _______________________:

تبادل الخبرات الممتعة معك؟

المساعدة على تحقيق أهدافك؟

توفر لك شركاء والشعور بالأمن؟

توفر لك معلومات قيمة عن نفسك، نقاط القوة ومجالات لتحسين نفسك؟

نختم الجلسة بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها داخل المجموعة ومراجعتها مثل الالتزام بالمواعيد والمواظبة على الحضور والنظام والاحترام المتبادل بين الأعضاء والانتباه أثناء الجلسات والقيام بالواجبات المنزلية داخل وفي ما بين الجلسات بدقة لتحقيق أكبر فائدة ممكنة من البرنامج. مع تهيئة النساء المشاركات لإنهاء الجلسة وذلك بقيام أعضاء المجموعة بتلخيص ما دار في الجلسة وذلك بهدف ربط ومراجعة جميع المواضيع التي تم مناقشتها أثناء الجلسة.

الجلسة الثانية عشرة (12) (Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مهارات المواجهة(1)	الخميس 2015/5/28	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي	15

للقلق			الشامل	

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
مهارات المواجهة(1) للقلق.
معالجة خبرات المجموعة ككل.
أيّة نشاطات / إحتفالات إنهاءِ مُنَظَّمةٍ رَغب الأعضاء وقائدة المجموعةِ في إقامتها.
التأكيد على ضرورة الحفاظ على ممارسة ما تعلموه.
نموذج تقييم المشاركات للبرنامج الإرشادي
تقدم توصيات حول استراتيجيات لمنع الانتكاسات ومواصلة التحسن في المزاج.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ماء ومشروبات ساخنة.
استبيانات التقييم.

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور في هذه الجلسات الأخيرة. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
بدء الجلسة نشير إلى أن هذه هي الجلسة الأخيرة والتي سيتم التركيز على استعراض التقدم المحرز لكل مشاركة وما إذا كانت ستواصل العمل بعد أن تغادر المجموعة. لقد قطعنا شوطا طويلا حتى الآن، أريد أن أهنئكم لعدم انسحابكم.
إذا كان لديك أي امتنان وشكر لأي تغييرات، لا تنسى أن هذه التغييرات هي نتيجة لعملك الخاص.
لقاءاتنا تسير إلى النهاية، ولكن يستمر البرنامج معك. ما رأيناه هنا هي الاستراتيجيات التي لم تكن فقط مفيدة بالنسبة لك خلال هذه الفترة بالذات ولكن هي الأدوات التي يمكن تطبيقها في كل مرة يكون ذلك ضروريا. يمكنك أخذها معك!
ما الأثر الذي ترتب على المجموعة؟
اطلب من كل مشاركة أن تذكر بإيجاز ما كانت قد وجدته الأكثر قيمة عن المجموعة وشيء واحد مهم تعلمته عن نفسها. تشجيع كل شخص على أن يكون محدد - ما حقا تريد أن تتمسك به من هذه التجربة؟ ربما كنت ترغب في الحصول على التعليق من الآخرين على ما لديهم أنهم لاحظوا أن تكون تغييرات إيجابية في بعضها البعض أيضا.
ماذا أفعل في المستقبل؟
الذهاب حول المجموعة مرة أخرى، وهذه المرة كل مشاركة تكمل الكلمة في الجملة التالية:
"الشيء الوحيد الذي أريد مواصلة العمل عليه عندما تعلمت في هذه المجموعة ..."
أخيرا، تذهب حول المجموعة وتختار مشاركتين أخريين في المجموعة وإكمال الكلمة في الجملة التالية: "أملي بالنسبة لك في المستقبل ..."
التعليقات المغلقة.
إبداء أي تعليقات مغلقة التي ستسحب معا الموضوعات التي تنشأ في التدريبات المذكورة أعلاه. أتمنى لهم الكثير من الحظ!
تشجيعهم على اتخاذ ما تبقى من الفصل لترسيخ ما تعلموه في هذه المجموعة، وإذا قرروا أنهم يودون مساعدة إضافية مع مشاكلهم النفسية (أو أي مشكلة شخصية) يمكنهم الرجوع للمرشدة لمساعدتهم.
الاختبار الأخير والمتابعة.
منحهم التذكير لمرحلة ما بعد الاختبار ومتابعة جلسات الاختبار.

نموذج تقييم المشاركات للبرنامج الإرشادي (الجلسة الأخيرة)

عزيزتي المشتركة يرجى إبداء رأيكِ في البرنامج بوجه عام من خلال ملء هذا النموذج بصراحة وصدق لأن رأيك يهمني

الرقم	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
1-	كانت المواضيع التي تناولها البرنامج مفيدة لي كإنسانة .			
2-	شعرت بقيمة العمل الجمعي والتعاون في إحداث التغيير المطلوب.			
3-	تميز البرنامج بالتلقائية والاستجابة لتوقعاتي وما سيفيدني.			
4-	شعرت بصدق التفاعل مع المرشدة وباقي المشاركات أثناء جلسات البرنامج.			
5-	كانت الواجبات البيتية أمراً ممتعاً لي.			
6-	أعتقد أنني لن أتردد لو أتيح لي المشاركة ثانية في مثل هذا البرنامج.			
7-	شعرت بثقة أكبر وبتقدير ذات أكبر.			
8-	كان ممتعاً لي أن اكسب صداقات من هذا البرنامج.			
9-	أشعر الآن بالتحسن والتخلص من بعض المشاعر السلبية داخلي.			
10-	أشعر أنني أصبحت أتعامل مع الضغوطات اليومية بطريقة أفضل.			
11-	أشعر أن مشاركتي في البرنامج كان لها أثر لإيجابي على علاقتي مع نفسي وشكلي.			
12-	شعرت بقيمتي خلال البرنامج.			
13-	تعرفت على صديقات جدد من خلال البرنامج.			
14-	أشعر بالسعادة لموافقتي على الالتحاق بهذا البرنامج .			
15-	كان الهدف من البرنامج واضحاً لي تماماً.			
16-	أشعر أن ما اكتسبته من مهارات في جلسات البرنامج سيكون مساعدا لي في أن أحب جسمي			
17-	تحسنت علاقتي بنفسي وبالمجتمع حولي.			
18-	أخرى:			

الجلسة الثالثة عشرة (13) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مهارات المواجهة(2) للقلق	السبت 2015/5/30	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
مهارات المواجهة(2) للقلق.
معالجة خبرات المجموعةِ ككل.
أيّة نشاطات / إحتفالات إنهاءِ مُنَظَّمةٍ رَغب الأعضاء وقائدة المجموعةِ في إقامتها.
التأكيد على ضرورة الحفاظ على ممارسة ما تعلموه.
نموذج تقييم المشاركات للبرنامج الإرشادي
تقدم توصيات حول استراتيجيات لمنع الانتكاسات ومواصلة التحسن في المزاج.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ماء ومشروبات ساخنة.
استبيانات التقييم.

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور في هذه الجلسات الأخيرة. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
بدء الجلسة نشير إلى أن هذه هي الجلسة الأخيرة والتي سيتم التركيز على استعراض التقدم المحرز لكل مشاركة وما إذا كانت ستواصل العمل بعد أن تغادر المجموعة. لقد قطعنا شوطا طويلا حتى الآن، أريد أن أهنئكم لعدم انسحابكم.
إذا كان لديك أي امتنان وشكر لأي تغييرات، لا تنسى أن هذه التغييرات هي نتيجة لعملك الخاص.
لقاءاتنا تسير إلى النهاية، ولكن يستمر البرنامج معك. ما رأيناه هنا هي الاستراتيجيات التي لم تكن فقط مفيدة بالنسبة لك خلال هذه الفترة بالذات ولكن هي الأدوات التي يمكن تطبيقها في كل مرة يكون ذلك ضروريا. يمكنك أخذها معك!
ما الأثر الذي ترتب على المجموعة؟
اطلب من كل مشاركة أن تذكر بإيجاز ما كانت قد وجدته الأكثر قيمة عن المجموعة وشيء واحد مهم تعلمته عن نفسها. تشجيع كل شخص على أن يكون محدد - ما حقا تريد أن تتمسك به من هذه التجربة؟ ربما كنت ترغب في الحصول على التعليق من الآخرين على ما لديهم أنهم لاحظوا أن تكون تغييرات إيجابية في بعضها البعض أيضا.
ماذا أفعل في المستقبل؟
الذهاب حول المجموعة مرة أخرى، وهذه المرة كل مشاركة تكمل الكلمة في الجملة التالية:
"الشيء الوحيد الذي أريد مواصلة العمل عليه عندما تعلمت في هذه المجموعة ..."
أخيرا، تذهب حول المجموعة وتختار مشاركتين أخريين في المجموعة وإكمال الكلمة في الجملة التالية: "أملي بالنسبة لك في المستقبل ..."
التعليقات المغلقة.
إبداء أي تعليقات مغلقة التي ستسحب معا الموضوعات التي تنشأ في التدريبات المذكورة أعلاه. أتمنى لهم الكثير من الحظ!
تشجيعهم على اتخاذ ما تبقى من الفصل لترسيخ ما تعلموه في هذه المجموعة، وإذا قرروا أنهم يودون مساعدة إضافية مع مشاكلهم النفسية (أو أي مشكلة شخصية) يمكنهم الرجوع للمرشدة لمساعدتهم.
الاختبار الأخير والمتابعة.
منحهم التذكير لمرحلة ما بعد الاختبار ومتابعة جلسات الاختبار.

الجلسة الرابعة عشرة (14) Session

عنوان الجلسة	اليوم	الوقت	المكان	عدد المسترشدات
مراجعة ما تعلمته المجموعة الدمج والتكامل والقول وداعاً مع السّلامة /الإنهاء	الاثنين 2015/6/2	10-11:30 صباحا	مركز المفرق الصحي الشامل	15

الأهداف (Goals)

استقبال أفراد المجموعة الإرشادية والترحيب بهم والتركيز على إبرازِ سبب وجود السيدات في المجموعة.
عرض جدول أعمال الجلسة الحالية.
معالجة خبرات المجموعةِ ككل.
أيّة نشاطات / إحتفالات إنهاءِ مُنَظَّمةٍ رَغب الأعضاء وقائدة المجموعةِ في إقامتها.
التأكيد على ضرورة الحفاظ على ممارسة ما تعلموه.
نموذج تقييم المشاركات للبرنامج الإرشادي
تقدم توصيات حول استراتيجيات لمنع الانتكاسات ومواصلة التحسن في المزاج.

الفنيات المستخدمة في الجلسة (Techniques)

التوجيه وإعطاء التعليمات (Didactic Instructions)
الحوار والنقاش والتغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة في الجلسة (Tools)

طاولة مستديرة، إنارة جيدة، مقاعد مريحة، أوراق بيضاء وأوراق مدون عليها بعض مهام المرشدة، أقلام لكتابة الملاحظات.
ماء ومشروبات ساخنة.
استبيانات التقييم.

الإجراءات وسير الجلسة (Procedures)

ترحب المرشدة في بداية الجلسة بالنساء المشاركات في البرنامج وتشكرهن على الحضور في هذه الجلسات الأخيرة. وفي جو من التقبل غير المشروط لأفراد المجموعة والأمان والألفة ترحب بهن جميعاً، وعرض جدول أعمال الجلسة الحالية ومراجعة الواجب البيتي للجلسة السابقة.
بدء الجلسة نشير إلى أن هذه هي الجلسة الأخيرة والتي سيتم التركيز على استعراض التقدم المحرز لكل مشاركة وما إذا كانت ستواصل العمل بعد أن تغادر المجموعة. لقد قطعنا شوطا طويلا حتى الآن، أريد أن أهنئكم لعدم انسحابكم.
إذا كان لديك أي امتنان وشكر لأي تغييرات، لا تنسى أن هذه التغييرات هي نتيجة لعملك الخاص.
لقاءاتنا تسير إلى النهاية، ولكن يستمر البرنامج معك. ما رأيناه هنا هي الاستراتيجيات التي لم تكن فقط مفيدة بالنسبة لك خلال هذه الفترة بالذات ولكن هي الأدوات التي يمكن تطبيقها في كل مرة يكون ذلك ضروريا. يمكنك أخذها معك!
ما الأثر الذي ترتب على المجموعة؟
اطلب من كل مشاركة أن تذكر بإيجاز ما كانت قد وجدته الأكثر قيمة عن المجموعة وشيء واحد مهم تعلمته عن نفسها. تشجيع كل شخص على أن يكون محدد - ما حقا تريد أن تتمسك به من هذه التجربة؟ ربما كنت ترغب في الحصول على التعليق من الآخرين على ما لديهم أنهم لاحظوا أن تكون تغييرات إيجابية في بعضها البعض أيضا.

ماذا أفعل في المستقبل؟
الذهاب حول المجموعة مرة أخرى، وهذه المرة كل مشاركة تكمل الكلمة في الجملة التالية:
"الشيء الوحيد الذي أريد مواصلة العمل عليه عندما تعلمت في هذه المجموعة ..."
أخيراً، تذهب حول المجموعة وتختار مشاركتين أخريين في المجموعة وإكمال الكلمة في الجملة التالية: "أملي بالنسبة لك في المستقبل ..."
التعليقات المغلقة.
إبداء أي تعليقات مغلقة التي ستسحب معا الموضوعات التي تنشأ في التدريبات المذكورة أعلاه. أتمنى لهم الكثير من الحظ!
تشجيعهم على اتخاذ ما تبقى من الفصل لترسيخ ما تعلموه في هذه المجموعة، وإذا قرروا أنهم يودون مساعدة إضافية مع مشاكلهم النفسية (أو أي مشكلة شخصية) يمكنهم الرجوع للمرشدة لمساعدتهم.
الاختبار الأخير والمتابعة.
منحهم التذكير لمرحلة ما بعد الاختبار ومتابعة جلسات الاختبار.

الملحق (6)

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة بما فيها البرنامج الإرشادي

الرقم	الاسم	مكان العمل	تحكيم المقاييس	تحكيم البرنامج
1	الأستاذة الدكتورة سهام درويش أبو عيطة	الجامعةُ الهاشمّيةُ	*	*
2	الدكتورة سعاد منصور غيث	الجامعةُ الهاشمّيةُ	*	*
3	الدكتورُ غالب سلمان البدارين	الجامعةُ الهاشميّةُ	*	
4	الدكتور نزار عبد السلام شموط	الجامعةُ الهاشمّيةُ	*	*
5	الدكتور فواز أيوب مومني	جامعة اليرموك	*	
6	الدكتور إبراهيم باجس معالي	جامعة العلوم الإسلامية	*	*
7	الدكتورة عليا عويدي العبادي	جامعة العلوم الإسلامية	*	*
8	الدكتور باسم "محمد علي" الدحادحة	جامعة جَدَارَا	*	*

الملحق (7/أ)

نموذج تعاقد إرشادي مع السيدة/ المسترشدة

Informed Consent Model (Z) / Participating in Research

نموذج الموافقة بعد الإطلاع / المشاركة في الدراسة

رقم السيدة المشاركة (   )

أنا السيدة، ....أوافق على المشاركة في إجراءات الدراسة التي ستقوم بها الباحثة **أمل غالب الخطيب** بإشرافِ الدكتورة جهاد علاءِ الدين-الجامعة الهاشمية، التي تتضمن تطبيق مقاييس الدراسة وجلسات برنامج الإرشاد الجمعي وإجراءاته لغايات تسهيل الدراسة التجريبية الخاصة برسالة الماجستير التي تعدها الباحثة بعنوان *أثر برنامج إرشاد جمعي على تخفيف القلقِ والاكتئاب لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع*، مع تعهّد الباحثة بضمان سرية المعلومات وتفريغها من أسمائها الحقيقية وأية معلومات تدل عليها واستخدامها لغايات البحث العلمي فقط.

يرجى الإطلاع على تفاصيل الدراسة أدناه والدور المطلوب منك للنجاح والاستفادة من المشاركة في هذه الدراسة، وتذكري دائماً أن أي تغير لا يحدث فجأة وبسرعة وإنما يحتاج لجهد ووقت ولتعاون مع أطراف العلاقة في أسرتك بشكل خاص، ومع المشاركات في المجموعة الإرشادية.

هدف الدراسة

تهدف الدراسة لإجراء برنامج إرشاد جمعي لمساعدة ال سيدات مريضات السكري وضغط الدم المرتفعِ على تحسين صحتهن النفسية ما ينعكس على صحتهن الجسدية.

إجراءات الدراسة

تتضمن الدراسة تطبيق أدوات قياس محددة لتقييم مستويات الأداء لديك في مجالات متعددة كما تتضمن مقابلات فردية وبرنامج إرشاد جمعي يتم تطبيقه في إحدى قاعات مركز المفرق الصحي الشامل-المفرق.

يتم تطبيق مقاييس الدراسة ثلاثة مرات قبل وبعد البرنامج مباشرة وبعد مرور شهر ونصف على الانتهاء من البرنامج.

يتألف البرنامج من (**14**) جلسة تعقد داخل مركز المفرق الصحي الشامل، وتمتد كل منها لمدة ساعة-لساعة ونصف (من الساعة العاشرة -الحادية عشرة ونصف) صباحاً، وذلك ابتداءً من يوم الاثنين 2015/5/1 وحتى يوم الأربعاء الموافق 2015/6/3.

مسؤوليات المشاركة

الالتزام بالمعايير والقواعد التي ستتفق عليها العضوات في المجموعة الإرشادية.

حضور الجلسات الإرشادية بانتظام حسب الموعد والمكان التي تعقد فيه والمتفق عليه والذي أصبحت الآن مطلعة عليه .

مراعاة المحافظة على سرية وخصوصية المعلومات التي ستطرح داخل الجلسات وخارجها، وعدم مناقشتها مع أي شخص باستثناء المرشدة والمشاركات داخل الجلسة.

بذل الجهد لتوفير الاهتمام والتشجيع والاحترام المتبادل بيني وبين المشاركات.

المشاركة بفاعلية وايجابية في أنشطة البرنامج، والاستماع جيداً والانتباه لما يدور في الجلسات وللمعلومات الواردة من المرشدة أو المشاركات وتقديم التعزيز والثناء على الإسهامات المميزة للأخريات في المجموعة.

تقديم وتلقي التغذية الراجعة والتعليقات البناءة حول ما يطرح وما يمارس خلال الجلسات الإرشادية.

تأدية المشاريع الشخصية (واجبات بيتية) التي ستطلب مني نهاية كل جلسة إرشادية والسعي من خلالها لتحقيق الأهداف التي من أجلها صمّم البرنامج الإرشادي.

بذل الجهد الفائق لتحسين نفسي من خلال الالتزام بالمشاركة داخل الجلسات الإرشادية بصدق وبصراحة تامين.

الاستعداد للانفتاح ولإطلاع الآخرين على المعلومات الشخصية التي يتبين أن لها علاقة بما يدور داخل الجلسات.

القيام بالتدرب وتجريب الأدوار وممارسة المهارات والمهام المطروحة ضمن هذا البرنامج، بما في ذلك إشراك أفراد الأسرة في المهمة المحددة لي. مع تقديم الدعم النفسي اللازم للمشاركات في المجموعة الإرشادية.

إعلام الباحثة والمشاركة مباشرة عن أي جوانب سلبية أو إيجابية تطرأ علي بسبب مهمات البرنامج.

الاسم الكامل.......................... التوقيع.......................... التاريخ..........................

اسم المرشدة.......................... التوقيع.......................... التاريخ..........................

توقيع المشرفة على الدراسة: التوقيع.......................... التاريخ..........................

الملحق(7/ب)
نموذج موافقة الأزواج/ ولي الأمر

أنا زوج /ولي أمر السيدة، ....أوافق على دعم مشاركتها في إجراءات الدراسة التي ستقوم بها الباحثة **أمل غالب الخطيب** بإشرافِ الدكتورة جهاد علاءِ الدين–الجامعة الهاشمية، التي تتضمن تطبيق مقاييس الدراسة أو جلسات برنامج الإرشاد الجمعي وإجراءاته لغايات تسهيل الدراسة التجريبية الخاصة برسالة الماجستير التي تعدها الباحثة بعنوان "أثر برنامجِ إرشاد جمعي على تخفيفِ القلقِ والاكتئاب لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع"، مع تعهّد الباحثة بضمان سرية المعلومات وتفريغها من أسمائها الحقيقية وأية معلومات تدل عليها واستخدامها لغايات البحث العلمي فقط.

يتألف البرنامج من **(14)** جلسة تعقد داخل مركز المفرق الصحي الشامل، وتمتد كل منها لمدة ساعة-لساعة ونصف (من الساعة العاشرة –الحادية عشرة ونصف) صباحاً، وذلك ابتداءً من يوم الاثنين 2015/5/1 وحتى يوم الأربعاء الموافق 2015/6/3.

الاسم الكامل (للزوج)

....

التوقيع..

التاريخ ....

اسم الزوجة كاملاً

....

التوقيع..

التاريخ ....

الملحق (8)

نموذج التقييم الدوري للسيدات المشاركات للبرنامج الإرشادي

الرقم	العبارة	موافقة	نوعاً ما	غير موافقة
1	أعتقد أن الجلسة كانت مفيدة لي شخصياً	☼	☺	☻
2	توزع المرشدة اهتمامها على الجميع بصورة متساوية تقريباً	☼	☺	☻
3	تعرفت على أعضاء المجموعة بشكلٍ جديد وبصورة لم تحدث لي سابقاً	☼	☺	☻
4	انزعجت قليلاً من صراحة بعض الأعضاء	☼	☺	☻
5	أسلوب المرشدة في طرح الهدف والمهمات المطلوبة منّا في هذه الجلسة كان واضحاً ومفهوماً	☼	☺	☻
6	أشعر في هذه الجلسة بمشاعر مريحة نوعاً ما	☼	☺	☻
7	لأول مرة اشعر أنني يمكنني بناء علاقة قوية مع مجموعة مختلفة من السيدات	☼	☺	☻
8	أشعر أنني لا أنتمي إلى هذه المجموعة	☻	☺	☼
9	اعتقد أن قواعد العمل المتضمنة السرية جعلتني أتحدث بدون حرج	☼	☺	☻
10	أعتقد أن تقبّل المرشدة لي بالرغم مما قمت به كانَ صحيحاً وصادقاً ومن أعماقها	☼	☺	☻
11	ملاحظات أخرى، اذكريها			

الملحق (9)

نموذج التقييم النهائي للسيدات المشاركات للبرنامج الإرشادي

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	أعتقد أنني استفدت من الانضمام للمجموعة	☼	☺
2	أصبحت أنظر إلى نفسي بطريقة أفضل	☼	☺
3	تعلمت الكثير من الأشياء التي سأستمر في استخدامها مستقبلاً	☼	☺
4	تعلمت من المجموعة أن أعبر عن اهتماماتي وأشارك الآخرين فيما داخل نفسي	☼	☺
5	كانت أسلوب المرشدة في هذه الجلسات واضحاً وبسيطاً	☼	☺
6	أصبحَ لديّ العديد من الصديقات	☼	☺
7	أصبحت أكثر سعادة من السابق	☼	☺
8	تحسنت علاقتي مع زوجي وأبنائي وأخواني وأخواتي	☼	☺
9	أصبحَ نشاطي الاجتماعي أفضل من السابق	☼	☺
10	كانت المواضيع مفيدة لي خاصة لأنني لم أكن اعرف كيف يمكنني أن أتخلص من مشاكلي	☼	☺

الملحق (10)

نموذج كتاب الجامعة الهاشمية لتسهيل مهمة الباحثة

THE HASHEMITE UNIVERSITY

Faculty of Educational Sciences

الجامعة الهاشمية

كلية العلوم التربوية

الرقم : ع ت/١٤/٢٩/٦٩١/١٤٠٦/٢٠١٤ التاريخ : ٠٧ محرم، ١٤٣٦ الموافق : ٢٠١٤/١٠/٣٠

مكتب العميد

Dean's Office

الأستاذ الدكتور عميد البحث العلمي والدراسات العليا المحترم

تحية طيبة وبعد،،

فأرجو إعلامكم بان لجنة الدراسات العليا في كلية العلوم التربوية في جلستها رقم (٢٠١٤/٢/٢٠١٥/٢) بتاريخ ٢٠١٤/١٠/٢٩ ، بالموافقة على اعتماد مشروع خطة الرسالة الجامعية المقدم من الطالبة **امل غالب محمد علي الخطيب** (١٣٧٠١٤٥) ماجستير ارشاد اسري، والموسومة بـ :

"اثر برنامج ارشاد جمعي في تخفيف القلق والاكتئاب لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع"

علما بان الدكتورة جهاد علاء الدين الاستاذ المشارك في قسم علم النفس التربوي ستشرف على رسالة الطالبة المذكورة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

عميد كلية العلوم التربوية

أ.د. ايمن العمري

الزرقاء - هاتف (٣٩٠٣٣٣٣) ناسوخ (٣٨٢٦٦١٣) ص.ب (١٥٠٤٥٩) الرمز البريدي (١٣١١٥) الزرقاء / الأردن

مكتب الارتباط : عمان - هاتف (٥٣٤٢٧٠٠) ناسوخ (٥٣٤٣٨٦٤) ص.ب (١٣٨) الجبيهة / الأردن e-mail: hu.edu.jo

الملحق (11)

نموذج موافقة وزارة الصحة/ مديرية الصحة، المفرق

وزارة الصحة

الرقم CODE : MOH REC 150052
التاريخ ....
الموافق ....

قرار لجنة اخلاقيات البحث العلمي

اجتمعت لجنة اخلاقيات البحث العلمي بتاريخ ٢٣/ ٤ / ٢٠١٥ لمناقشة ودراسة البحث العلمي المقدم من قبل طالبة الماجستير/امل غالب الخطيب.

بعنوان :-
اثر برنامج جمعي في تخفيف القلق والاكتئاب لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع

وقد قررت اللجنه بالاجماع الموافقه على اجراء البحث المشار اليه اعلاه .

وعليه تم التوقيع من قبل اعضاء اللجنه حسب الاصول .

عضو اللجنه
المساعد لشؤون التمريض
هاني القضاه

عضو اللجنه
رئيس قسم الجراحه
الدكتور /فايز الحمود

عضو اللجنه
رئيس قسم الاشعه العلاجيه
الدكتور/ رسمي مبيضين

عضو اللجنه
رئيس قسم الاطفال
الدكتور/سمير الفاعوري

عضو اللجنه
الدكتور /وسيم حموده

عضو اللجنه
رئيس قسم النسائية والتوليد
الدكتور/عبد المانع السليمات

رئيس اللجنه/
مدير مستشفى البشير
الدكتور/احمد قطيطات

المملكة الأردنية الهاشمية
هاتف ٥٢٠٠٢٣٠ ٦ ٩٦٢+ فاكس ٥٦٨٨٣٧٣ ٦ ٩٦٢+ ص.ب ٨٦ عمان ١١١١٨ الأردن الموقع الالكتروني www.moh.gov.jo

Abstract

The Impact of Group Counseling Program in Reducing Anxiety and Depression and Improving Social Support Among Female Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension

By

Amal Ghaleb 'Mohammad Ali' AlKhateeb

Supervisor

Dr. Jehad Mahmoud Alaedein

Associate Professor

This study sought to explore impact of group counseling program directed to female patients with diabetes mellitus and hypertension in reducing anxiety and depression symptoms and increasing social support. Study used a pre-post equivalent groups randomized experiment design. The experimental (n=15) and control groups (n=15) were derived from a total convenient sample (n=80) of female patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension who had kept an outpatient visit at the Al Mafraq Medical Center between October 2014 and March 2015. The comparison group was matched in pre-tests based on self reported psychological difficulties (e.g., anxiety and depression, social support, scales), and according to physicians' diagnosis of the diabetes and hypertension illnesses.

To investigate the impact of group counseling program (independent variable) on psychological and social difficulties (dependent variables), a tri- weekly (14) sessions group program based on cognitive behavioral therapy (CBT) and psychoeducation approaches was developed and held over a period of five weeks. The five-week CBT group had individual topics for each meeting: Getting started, Beck's assessment of problem behaviors; Beck's model of cognitive behavioral therapy to depression; daily record of dysfunctional thoughts; effective communication skills and goal setting to increase family support; goal setting and problem solving skills to improve social support; self-instructional & inner dialogue; Cognitive Triad; cognitive distortions and cognitive restructuring and irrational thoughts; coping skills with anxiety, integration and finally termination, and wrapping up. Also, program consisted of cognitive and behavioral exercises such as cognitive modeling of self-talk, Cognitive monitoring, promotion of the achievements of the previous stages, and preparation for the prevention of relapse.

Results of pretest to posttest differences for the experimental and control groups on the study scales using Analysis of Covariance (ANCOVA) revealed that the treatment group compared to control group, was significantly $(\alpha = 0.05)$ more likely to have lower levels anxiety and depression, and more perceived social support. Lastly, results of paired sample t-test, of posttest to follow-up differences for the experimental group on the study scales, indicated that while the treatment group in post tests improved significantly $(\alpha = 0.05)$, in the three study scales, in the follow-up tests the group also maintained the therapeutic gains they attained previously, that the group improved significantly only on anxiety and depression symptoms scales to have better results.

Specifically, there were only significant differences between post to follow-up tests scores on these two scales which were improved to become better significantly. But there was a regression on perceived social support scale to have lower results in follow-up test but posttest to follow-up differences were not significant .

These findings validate the fact that Cognitive behavioral therapy (CBT) is a successful mode of psychotherapy, and considers treatment of choice that ought to be used in the management of anxiety and depressive symptoms and in improving social functioning among adult female patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension. Current results suggest that CBT group counseling may be effective in helping Jordanian women with type 2 diabetes and hypertension burdens. This suggests the possibility of integration this type of programs within public medical center-based services provided by physicians, nurses, and family counselors in Jordan. Also, future researchers may conduct similar studies aim to help other age groups such as children with diabetes, specifically in schools. Additionally, there is an urgent need to designing group counseling programs that put into consideration, the preventive potential of early CBT interventions among public medical center patients who are suffering simultaneously from chronic diseases comorbid heart disease and diabetes, and comorbid psychological disorders.

Key words: *Group Counseling Program; Cognitive Behavioral Therapy (CBT); Psychoeducation; Anxiety; Depression; Female Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension;*